Nr. 43. 25. października 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

A. GELBARD. Warszawa.

Napady padaczkowe w pląsawicy.

Z Kliniki Neurologicznej U. J. P.
Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Przed 3 laty obserwowaliśmy niemal w tym samym czasie dwa przypadki pląsawicy skomplikowanej napadami epileptycznymi u chorych, które przed tym na padaczkę nie zapadały. Ponieważ jedna z chorych dotknięta była pląsawicą ciężarnych, chcę na wstępie poświęcić parę słów pląsawicy ciąży. Pląsawica ciężarnych nie należy do schorzeń często spotykanych. Wilson na 2.275 ciąż tylko w 1 przypadku stwierdził pląsawicę. Selitski, przytaczając 7 przypadków własnych, znalazł w literaturze rosyjskiej z ostatnich 50 lat tylko 10 takich przypadków. Pineles w 1910 roku zebrał z literatury 426 przypadków pląsawicy ciężarnych. Thiele zebrał 21 przypadków z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej berlińskiej. W Klinice Neurologicznej U. J. P. mieliśmy w ciągu roku 1933 trzy przypadki pląsawicy ciężarnych, na ogólną liczbę 7 obserwowanych w ciągu 15 lat istnienia kliniki. Dwie chore w ciężkim stanie nie zgodziły się na przerwanie ciąży i wypisały się. U jednej chorej dokonano przerwania ciąży, po czym objawy bardzo szybko ustąpiły, jedna zmarła po przerwaniu ciąży, stan pozostałych polepszył się, pomimo, że ciąży nie przerwano.

Etiologia pląsawicy ciężarnych jest do dzisiejszego dnia nieznana. Według Kehrera w jej powstawaniu odgrywają rolę 3 czynniki: 1) czynnik konstytucjonalny, 2) zakażenie i 3) ciąża. Bardzo często pląsawica ciężarnych jest właściwie tylko nawrotem pląsawicy małej, dziecięcej (*chorea minor*) i dlatego Kehrer utożsamia obie te postacie. Autorowie angielscy jak: French i Hiks, Wall, Andrews i Buist uważają pląsawicę ciężarnych i pląsawicę małą, za schorzenia identyczne. Również dla G. Levi pląsawica ciężarnych jako schorzenie pierwotne wogóle nie istnieje, a ciąża jedynie usposabia do nawrotu pląsawicy Sydenhama. Wollenberg natomiast podkreśla, że nawroty pląsawicy dziecięcej w czasie ciąży są odmienne od pląsawicy ciężarnych. Również według Sachsa pląsawica ciężarnych przebiega inaczej, niż pląsawica dziecięca. Sachs, Royston, Lepage i inni uważają pląsawicę ciężarnych za toksykozę ciążową, więc za chorobę o etiologii odrębnej niż *chorea minor*.

Pląsawica ciężarnych występuje najczęściej u pierwiastek (według Kronera w 73%), w początkowych miesiącach ciąży (3—5). Jest to jedna z najcięższych postaci pląsawicy, prowadząca często do zejścia śmiertelnego. Większość współczesnych autorów jak: Bumm, Hammerschlag, Sachs i inni dzielą pląsawicę ciężarnych na podstawie stopnia nasilenia objawów na dobrotliwą i złośliwą. Podział ten ma duże znaczenie, jeśli chodzi o rokowanie. Pierwsza postać przebiega łagodnie i nigdy nie prowadzi do zejścia śmiertelnego, druga przebiega gwałtownie i często kończy się śmiercią. Na 29 chorych French-Hiksa 3 zmarły. Wollenberg określa śmiertelność na 29,4%, Oppenheim na 25%, Dzierżyński na 10—20%. Przerwanie ciąży najczęściej wstrzymuje dalszy niepomyślny rozwój cierpienia, jednak także w wielu przypadkach objawy pląsawicy wśród dalszej ciąży ustępowały. Nie jest więc słuszny pogląd Kronera, że przerwanie ciąży jest jedynym środkiem, który we wszystkich, nawet najcięższych przypadkach, sprowadza wyleczenie. Dla Zangemeistra przerwanie ciąży może wchodzić w grę jedynie w przypadkach złośliwych, albowiem w wielu przypadkach po przerwaniu ciąży szybko następowała śmierć. W klinice neurologicznej obserwowaliśmy również chorą z bardzo ciężką pląsawicą ciężarnych, która zmarła wkrótce po przerwaniu ciąży. Zejście śmiertelne w tym przypadku, jak również w większości przypadków z literatury, mogło być poprostu w związku ze zbyt późnym wykonaniem zabiegu, gdy chore były już w stanie załamania sił ustroju. Według Pinelesa umiera mimo przerwania ciąży aż 50% chorych. Rozbieżność poglądów na wyniki przerwania ciąży wskazuje na konieczność indywidualizowania przy stawianiu wskazania do przerwania ciąży. Lekkie postacie pląsawicy ciężarnych nie wymagają zabiegu. Dzierżyński radzi przerwanie ciąży tylko przy groźnych objawach sercowych, nerkowych lub nerwowych. Sachs wymienia jako nadające się do przerwania ciąży: 1) postacie pląsawicy, rozpoczynające się ostro, 2) nawrót pląsawicy ciężarnych, 3) postacie, które przez rozległość i natężenie zagrażają życiu, 4) powikłania ze strony serca, nerek i płuc, 5) psychozy pląsawicze. W ciężkich przypadkach zabieg wskazany jest tylko wtedy, gdy istnieją jeszcze jakieś widoki na poprawę, gdy chora jeszcze nie jest w stadium krańcowego wyczerpania przez chorobę.

O ile pląsawica ciężarnych jest schorzeniem rzadkim, o tyle padaczka należy do schorzeń bardzo częstych. Z wielkiej grupy padaczki samorodnej, Sterling wyodrębnił typ padaczki pozapiramidowej, przez Wimmera nazwanej striarną, przez Spillera podkorową. Przedtem już inni, między nimi Ziehen, Monakow, Binswanger wypowiadali się, że faza drgawek tonicznych w napadzie padaczkowym zależy od ośrodków podkorowych. Orzechowski stoi na stanowisku, że tzw. padaczka podkorowa jest tylko jedną z manifestacyj epileptycznych, jednym z objawów wchodzących w zespoły epileptyczne, a nie schorzeniem samoistnym. Autorzy opierają rozpoznanie padaczki podkorowej na następujących okolicznościach: na tym, że chory w okresie międzynapadowym wykazuje jakieś objawy pozapiramidowego schorzenia, oraz na morfologicznych cechach napadów. Jednak dla Soekena napad padaczkowy nie jest już dzisiaj określonym zespołem, lecz określeniem zbiorowym dla wszystkich występujących nagle wyładowań ruchowych. Również Foerster uważa napad padaczkowy za zespół objawów, stanowiących szczególne oddziaływanie układu nerwowego na pobudzenie, które może wyjść z dowolnego punktu układu nerwowego ośrodkowego a nawet obwodowego. Pojęcie padaczki podkorowej wiąże się ściśle z patogenezą napadu padaczkowego. Jeśli stać na stanwisku Foerstera, Colliera, Orzechowskiego lub Speransky'ego, wydaje się niesłuszne wyodrębnianie takich podkorowych postaci padaczki, tak jak byłoby niecelowym wyodrębnianie postaci móżdżkowej, rdzeniowej lub innej stwardnienia rozsianego, jako oddzielnych postaci chorobowych. Postacie podkorowe ma cechować przewaga fazy tonicznej. Kroll w swej pracy nad filogenezą napadu padaczkowego udowadnia na płodach i młodych zwierzętach, że w miarę dojrzewania płodów i rozwoju kory napady, które początkowo są czysto toniczne, przyjmują charakter kloniczny. Stąd wniosek, że genezę napadu drgawkowego początkowo opanowuje istota podkorowa, a dopiero w miarę rozwoju kory zaczynają dołączać się pierwiastki kloniczne. Nie wszyscy jednak autorzy zgadzają się z tym poglądem. Cobb, Uyemazu, Elsberg i Pike podnoszą, że drgawki kloniczne są również pochodzenia podkorowego. W zapatrywaniach na mechanizm powstawania napadu padaczkowego, ścierają się dwa poglądy: Foerstera, który uważa napad za objaw podrażnienia ośrodkowego układu nerwowego i pogląd Speransky'ego, uzależniającego napad od rozhamowania ośrodków podkorowych, wskutek wyłączenia czynnościowego kory mózgowej. Jednak sam Foerster przyznaje, że na szczycie napadu mogą występować objawy, będące wyrazem odhamowania głębiej leżących ośrodków nerwowych. Powiada on między innymi: *„Es soll nicht geleugnet werden, dass in dem recht komplexen Syndrom, das der epileptische Krampfanfall darstellt, auch einzelne Enthemmungsphänomene enthalten sein können"*; Hartenberg na wiele lat przed Speranskym wyraził pogląd, że istotnym elementem napadu padaczkowego jest nagłe ustanie czynności najwyższych ośrodków nerwowych, że ono jest podłożem nieprzytomności, a ubytek ich czynności wyzwala nieskrępowaną aktywność ośrodków podkorowych w postaci widocznych objawów napadu jak drgawki, halucynacje i t. p. Do zespołów odhamowania ciała bladego według Binga należy obok innych objawów pląsawica. Jądro blade jest składnicą zautomatyzowanych bodźców ruchowych trzymanych w ryzach przez *neostriatum*. Wyłączenie czynności *neostriatum* wyzwala te niezależne od woli zjawiska. Wilson i Vogtowie również uważają pląsawicę za wyraz odhamowania niższych ośrod-

ków mózgowych. Zarówno padaczka, jak i pląsawica stanowiłyby więc zespoły hiperkinetyczne, będące w myśl niektórych autorów przejawami czynności własnych zwojów podkorowych z chwilą ich uniezależnienia się od hamulców idących z kory.

Napady padaczkowe w pląsawicy przewlekłej Huntingtona według Oppenheima nie są rzadkie i anatomicznie aż nadto uzasadnione zmianami w korze mózgowej; do rzadkości natomiast należą w pląsawicy Sydenhama i w pląsawicy ciężarnych. W dostępnej literaturze znalazłam tylko przypadek Omorokowa pląsawicy małej, która przebiegała z napadami epileptycznymi. W przypadku Omorokowa, który znam tylko z referatu, w kilka miesięcy po jakiejś ciężkiej chorobie zakaźnej, przebiegającej z gorączką i bólami głowy, rozwinęły się napady utraty przytomności, którym początkowo towarzyszyły napadowo drobne drgawki w lewej połowie ciała, a następnie przeszły w stałe drgawki. Przedmiotowo stwierdzało się niedowład połowiczy lewostronny bez cech piramidowych, ogólne ruchy pląsawicze z przewagą strony lewej, ruchy *hemiballistyczne* oraz *myoklonie* rozsiane. W czasie napadu pojawiało się zboczenie gałek w lewo, nie było odczynu źrenic na światło i występował niewyraźny objaw Babińskiego po stronie lewej. Na sekcji stwierdzono: ostry proces zapalny w układzie nerwowym z silnym bujaniem przydanki naczyniowej, z naciekami limfocytarnymi w korze płatu czołowego, w prążkowiu, w kuli bladej, w okolicy ciałek czworaczych i w jądrze zębatym. Ciężkie zmiany zwyrodnieniowe w komórkach zwojowych kory. D'Abundo przytacza 3 przypadki padaczki, w których z chwilą wystąpienia pląsawicy napady ustały.

Przechodzę obecnie do omówienia własnych takich przypadków.

Przypadek I. Pląsawica ciężarna. Rz. M., lat 23, mężatka, w 10 tygodniu ciąży, zgłosiła się do Kliniki 22. III. 1933 r., z powodu niepokoju pląsawiczego kończyn i twarzy, trwającego od tygodnia. Na tydzień przed wystąpieniem wyraźnych objawów pląsawiczych chora miała 2 napady padaczkowe w odstępie 6—7 dni, po silnym wzruszeniu. Napady polegały na utracie przytomności, której towarzyszyły ogólne drgawki toniczne. Bezpośrednio przed napadem zjawiała się wysypka plamista na przedramionach, która znikała po napadzie. Napady powtarzały się jeszcze kilkakrotnie, lecz w miarę nasilania się ruchów pląsawiczych stawały się coraz rzadsze i wreszcie ustały. W czasie jednego z napadów, chora upadła i potłukła się dotkliwie. Nigdy przed tym napadów padaczkowych nie miała. W dzieciństwie na pląsawicę nie chorowała. Rodziła raz przed 2 laty.

Stan przedmiotowy: Badanie ginekologiczne: ciąża w 10 tyg. W narządach wewnętrznych nie stwierdza się zmian. Tętno 92 na 1 min. Ciepłota waha się między 36,8 a 37,2°. Obraz morfologiczny krwi prawidłowy. Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. Odczyn Wassermanna w płynie i we krwi ujemny. Dno oka prawidłowe. Pod względem neurologicznym na pierwszy plan wysuwają się typowe ruchy pląsawicze, obejmujące mięśnie oczu, twarzy, języka, kończyn, tułowia, więzadeł krtaniowych, przepony i brzucha o bardzo znacznym nasileniu. Obok niepokoju pląsawiczego stwierdza się lekki globalny niedowład prawych kończyn, obniżenie napięcia mięśniowego kończyn, po stronie niedowładnej znaczniejsze, ze zniesieniem odruchów ścięgnistych i okostnowych w kończynie górnej prawej i z prawego ścięgna Achillesa, a osłabieniem i częściowym zniesieniem niektórych odruchów głębokich z kończyn lewych. Odruchy kolanowe są toniczne. Odruchów brzusznych brak. Babińskiego ani Rossolimo nie było. Niedowład prawej kończyny dolnej ujawniał się wyraźnie przy chodzeniu.

Ze względu na znaczne natężenie hiperkinezy wykonano w klinice ginekologicznej U. J. P. przerwanie ciąży za pomocą skrobanki. Bezpośrednio po zabiegu wystąpiła wybitna poprawa pląsawicy, jednak ruchy utrzymywały się jeszcze w przeciągu 4 tygodni. Niedowład prawostronny ustąpił, a ruchy pląsawicze ograniczyły się do kończyn prawych, w których poprzednio był niedowład. W czasie całej 2-miesięcznej obserwacji w klinice nie widzieliśmy napadu padaczkowego. Nie udało się go również wywołać przez hiperwentylację. W 2 ostatnich tygodniach pobytu w klinice chora skarżyła się, że stale przy usypianiu odczuwa niepokój, wtedy wydaje nagły krzyk i budzi się pod wpływem krzyku. Zdarzało się to nieraz kilka razy z rzędu. Chorą widziałem po tym w miesiąc po wyjściu z Kliniki: niepokój choreatyczny ledwie się zaznaczał, chora wróciła do pracy.

Przypadek II. Pląsawica mała. Choroba rozpoczęła się przed 3 laty obrzękami stawów międzypaliczkowych i gorączką powyżej 38°. Po ustąpieniu gorączki zjawiły się ruchy mimowolne w lewej połowie ciała. Ruchy pląsawicze z przerwami, trwającymi początkowo pół roku, po tym coraz krócej, utrzymują się do chwili obecnej, ostatnio niepokój wzmógł się, mowa zmieniła się. Pogorszenie to datuje się od napadu utraty przytomności, bez uchwytnego powodu, 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala. W czasie napadu, który trwał 5—8 minut, miała twarz skręconą w lewo oraz drgawki w lewych kończynach o charakterze dobrze znanych otoczeniu chorej ruchów pląsawiczych, tylko w znacznie większym natężeniu. Przygryzła sobie wtedy język. Napady takie same powtórzyły się jeszcze 2 razy w odstępach nmiej więcej tygodniowych. Od pierwszego napadu datuje się osłabienie lewych kończyn. Przed tym napadów padaczki nigdy nie miała. Pochodzi z rodziny zdrowej. Zaznaczyć jeszcze należy, że chora zawsze w czasie periodów mdlała.

Stan obecny: W narządach wewnętrznych, w szczególności w sercu, nie stwierdza się żadnych zmian. Tętno 100 na 1 min. miarowe, ciepłota nie przekracza 37,2°. Odżywienie dobre. Dość znaczny niepokój pląsawiczy obejmujący prawie wyłącznie lewe kończyny, lewą połowę twarzy i gałki oczne. Hipotonia kończyn, znaczniejsza lewych. Niedowład dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego. Nieznaczny niedowład lewych kończyn. Odruchy ścięgniste i okostnowe na kończynach górnych słabe, lewe większe od prawych. Odruch kolanowy lewy większy od prawego. Od czasu do czasu odruch kolanowy wahadłowy, niekiedy toniczny. Odruchy brzuszne górne i środkowe obecne, dolne zniesione. Objawu Babińskiego ani Rossolima nie ma. Brak odruchów zatrzaskowych. Ataksji brak. Czucie powierzchniowe i głębokie bez zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy prawidłowy. Odczyn Wassermanna w płynie i we krwi ujemny. W czasie pobytu w klinice chora miała raz typowy napad padaczkowy, obserwowany przez lekarza w fazie końcowej. Była wtedy zamroczona, źrenice na światło nie oddziaływały. W czasie pobytu w Klinice niepokój pląsawiczy wzmógł się i przeszedł także na prawą połowę ciała. Chora była w klinice przez miesiąc. Dopiero na krótko przed wypisaniem zaznaczyła się poprawa. Gdy chorą widziałam w dwa miesiące po wyjściu z Kliniki, stan jej był bez zmian.

Oba te przypadki z typową hiperkinezą pląsawiczą zbliża do siebie połowiczość pląsawicy, niedowłady połowy ciała oraz miękki, atoniczny charakter pląsawicy. U pierwszej chorej w miarę poprawy ruchy ograniczyły się do strony niedowładu. U drugiej chorej początkowo objawy pląsawicze ograniczały się do lewej paretycznej połowy ciała; w miarę postępowania choroby przeniosły się i na drugą połowę ciała. Również u tej chorej dyskretne objawy niedowładu połowiczego dotyczyły strony więcej nawiedzonej ruchami pląsawiczymi. Nie wiemy dokładnie, jak wyglądały napady padaczkowe u pierwszej chorej, u drugiej były one ograniczone do strony ciała paretycznej. W obu przypadkach napady padaczkowe miały szczególne rysy. I tak chora pierwsza podkreślała ścisły związek napadów ze wzruszeniem, oraz jako zwiastun napadu wysypkę grudkową na przedramionach. W przypadku drugim zwykłej pląsawicy Sydenhama, drgawki w napadzie padaczkowym miały charakter pląsawiczy, przypominający postać padaczki pląsawiczej *(epilepsia choreiformis)*, opisaną przez Bechterewa, gdzie ruchy pląsawicze wzmagały się przed napadem padaczkowym, po napadzie malały, a nawet na pewien czas znikały. Wprawdzie Herz uważa przypadek Bechterewa za padaczkę myokloniczną, jednak o występowaniu ruchów pląsawiczych przed lub po napadzie padaczkowym lub też jako równoważników wspomina również Foerster.

W drgawkach u pierwszej chorej przeważał pierwiastek pozapiramidowy toniczny, a u drugiej być może striarny (ruchy pląsawicze). Większość autorów ze Spielmeyerem i Scholzem na czele, stoi na stanowisku, że nie znamy na razie zmian anatomopatologicznych, które wywoływałyby napady w padaczce samoistnej, zmiany zaś znajdowane na sekcjach epileptyków (stwardnienie rogu Ammona, móżdżku, tzw. glioza brzeżna Chaslina i tp.) są objawami wtórnymi, zależnymi od skurczów naczyniowych, poprzedzających lub towarzyszących napadom. Do zmian wtórnych zaliczyć należy prawdopodobnie także zmiany w zwojach podstawy (piknozę i zanik między innymi komórek prążkowia, które zresztą opisuje w padaczce Hanon). Spielmeyer dochodzi do wniosku, że wspólna wszystkim przypadkom padaczki podstawa anatomiczna nie jest dotąd dowiedziona i nie można odrzucić hipotezy Binswangera o czynnościowo-dynamicznym charakterze padaczki samoistnej. Dotychczasowe zdobycze anatomii patologicznej pozwalają tylko określić wtórną anatomię patologiczną napadów padaczkowych (Scholz). Innego zdania są Wichert i Dreszer, którzy stwierdzali we wszystkich swoich sześciu przypadkach zmiany w dolnych warstwach kory i uważają je za najstalszą cechę padaczki. W tych warstwach lokalizują oni korowe ośrodki naczynioruchowe, których uszkodzenie jest według nich konieczne do wywołania na-

padu, a owe zmiany korowe uważają za pierwotne. Na 29 przypadków, zebranych z literatury, w 27 poszczególni autorowie stwierdzili identyczne zmiany w korze.

Co do pląsawicy część autorów obecnie zarzuca dawną Alzheimerowską teorię striarnego jej pochodzenia, jednak inni za Jakobem i Vogtami, nadal wiążą ją ze zwyrodnieniem małych komórek prążkowia. Lotmar przytacza cały szereg przypadków z literatury, udowadniających pochodzenie pląsawicy z prążkowia. Wilson w sprzeczności z Jakobem, a po części zgodnie z dawną teorią Bonhoffera, uważa, że pląsawica jest następstwem uszkodzenia dróg zdążających z móżdżku poprzez śródmózgowie do wzgórka i do kory czuciowo-ruchowej płatu ciemieniowego. Pogląd ten popiera również uczeń Kleista Herz. Wilson przytacza przypadek pląsawicy starczej, w którym sekcyjnie stwierdzono zmiany jedynie w zwoju środkowym tylnym. Pląsawica jest więc według Wilsona wyrazem uszkodzenia układowego. Zmiany pląsawiczorodne mogą się usadawiać gdziekolwiek w przebiegu dróg móżdżkowokorowych, więc: w móżdżku, śródmózgowiu, wzgórzu i w korze ciemieniowej. Również Lhermitte i Pagniez uważają, że *chorea minor* w odróżnieniu od pląsawicy Huntingtona, która jest pochodzenia striarnego, jest następstwem schorzenia móżdżku i jego dróg. Według Hallervordena zmiany patologiczne w pląsawicy zajmują głównie prążkowie, przede wszystkim komórki małe, obok tego jednak stwierdza się rozległe zwyrodnienie w warstwie ziarnistej kory, głównie płatów czołowego i ciemieniowego, a ponadto w mniejszym stopniu także w innych odcinkach układu nerwowego, jak: kula blada, móżdżek, podwzgórze. Ponieważ zmiany te w pląsawicy mają charakter głównie zwyrodnieniowy, tłumaczy się tym odwracalność objawów i uleczalność choroby. Pagniez i Lhermitte obok zmian miąższu nerwowego znajdowali w pląsawicy małej zmiany naczyniowe w postaci rozszerzenia naczyń, pękania ścian z krwotokami, rozszerzenia przestrzeni okołonaczyniowych z wysiękiem do nich. Według nich na zasadzie zmian anatomicznych można wyodrębnić dwie postacie pląsawicy: czysto zapalną i naczyniowo-zwyrodnieniową. P. Marie, Bouttier i Tretiakow opisali przypadek pląsawicy ciężarnych, przedstawiający się anatomicznie jako *meningoencephalitis acuta* z umiejscowieniem zmian w obrębie kory, w *centrum semiovale* i w zwojach podstawy. Podkreślają więc również charakter zapalny sprawy chorobowej.

Padaczka jest schorzeniem bardzo częstym, możnaby więc oczekiwać znacznie częstszego kojarzenia się jej z pląsawicą; ponieważ tak nie jest, rzadkość powikłań obu chorób mogłaby zależeć od hamowania się obu zespołów hiperkinetycznych i to w ten sposób, że pląsawica unicestwia padaczkę. Podobnie mogą oddziaływać na siebie wyłączająco padaczka i schizofrenia. Meduna proponuje z tego powodu jako sposób leczenia schizofrenii wywoływanie napadów padaczkowych przez zastrzyki kamfory i widział w swoich przypadkach w ten sposób leczonych wyraźną poprawę objawów psychicznych. Co do współistnienia jednoczesnego padaczki i schizofrenii, zdania są podzielone. Krampf np. uważa, że współistnienie padaczki i schizofrenii nie jest dowiedzione. O rzadkości skojarzenia obu tych cierpień świadczy statystyka Glausa, który na 6000 przypadków schizofrenii, tylko w 8-miu stwierdził napady padaczkowe, przy tym napady przeważnie wyprzedzały rozwój psychozy, a w miarę jej rozwoju ustępowały. Natomiast autor ten uważa napady padaczkowe, obserwowane w katatonii, raczej za rodzaj odczynu egzogenicznego, który nie ma z właściwą padaczką nic wspólnego. Rosenthal również nie widział nigdy typowego napadu padaczkowego w przebiegu katatonii. Giese, podobnie jak Glaus, również zwraca uwagę, że padaczka ustępuje wtedy, gdy rozwija się proces schizofreniczny. Według Senize'a pomimo rzadkości zespolenia tych chorób, istnieje związek ich przyczynowy. Natomiast Vorkastner przytacza przypadki typowej padaczki, w których z czasem rozwinęło się otępienie schizofreniczne. Przytacza też dwa przypadki napadów padaczkowych z typowymi objawami schizofrenicznymi, datującymi się od początku choroby. Bleuler również twierdzi, że kojarzenie się padaczki ze schizofrenią nie jest rzadkie. Rylander niezgodnie z poglądami Giesego wspomina o możliwości przejścia schizofrenii w padaczkę. Recktenwald przytacza dwa przypadki, w których napady padaczkowe uzależnia wprost od schizofrenii.

Jest rzeczywiście uderzające, że u pierwszej naszej chorej napady poprzedziły ruchy pląsawicze, a z chwilą ich wystąpienia ustały. U drugiej chorej padaczka pojawiła się przed nawrotem pląsawicy i jej napady z chwilą wystąpienia hiperkinezy pląsawiczej natychmiast ustały. D'Abundo przytacza podobne trzy przypadki, w których napady padaczki ustąpiły z chwilą ujawnienia się niepokoju pląsawiczego. Ponieważ więc pląsawica hamuje jakby napady padaczkowe, należałoby przypuszczać, że zmiany anatomiczne, powstające w pląsawicy utrudniają lub wyłączają możliwość powstawania drgawek padaczkowych.

Jest jeszcze inny stan chorobowy, niwelujący napady padaczkowe. Jest nim sztywność parkinsonowska. Marchand przytacza wiele przypadków własnych oraz z literatury, chorych na zapalenie mózgu z napadami padaczkowymi, u których w miarę wzmagania się stanu parkinsonowskiego napady stawały się rzadsze. Yakowlew stwierdził również, że sztywność pallidarna występowała z ustaniem napadów padaczkowych. Wpływ stanu parkinsonowskiego hamujący napady padaczkowe, wskazywałby na nieodzowność zachowania czynności zwojów podstawy w patogenezie padaczki. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że drgawki u człowieka mogą poczynać się w ośrodkach podkorowych, atoli napady mają wtedy przeważnie charakter toniczny, a drgawki kloniczne pojawiają się wtedy nie zawsze i są na dalszym planie. W naszych przypadkach zwoje podstawy oraz drogi pozapiramidowe prawdopodobnie były zajęte. Przemawiają za tym obok zespołu pląsawiczego objawy niedowładu połowicznego niepiramidowego, a więc według wszelkiego prawdopodobieństwa natury pozapiramidowej. Tak zresztą ogólnie pojmują niedowłady w pląsawicy. Ponieważ hiperkineza pląsawicza przede wszystkim występowała w kończynach niedowładnych, przemawia to tym więcej za tym, iż niedowład i pląsawica zależały od tej samej pozapiramidowej lokalizacji zmian. Napady padaczkowe u drugiej chorej miały również charakter połowiczy. Proces patologiczny, toczący się w prawej półkuli widocznie wywołał początkowo zmiany może głównie korowe, które były powodem napadów padaczkowych, a następnie, przeszedłszy na drogi korowo-podkorowe czy też ośrodki podkorowe stał się podłożem ruchów pląsawiczych. W tym okresie rozwoju choroby napady ustały, zapewne wskutek uszkodzenia zwojów podkorowych jako elementów nieodzownych w patogenezie napadu padaczkowego.

Piśmiennictwo:

D'Abundo: (cyt. wg. Marchanda i Courtois). R. N. 29 r. Cz. II. 40. — Bechterew: N. Zbl. 1896, 1104. — Bing: Schw. Arch. f. Psych., t. 32. — Binswanger: Die Epilepsie. — Bonhoeffer: Mschr. f. Psych. Bd. 77. — Buist: cyt. wg. Pinelesa: Frankl-Hochwart. Die Erkrankung der weibl. Gen., t. II, str. 881. — Bumm: Zbl. f. Gyn. 1902 r. — Collier: cyt. wg. Stebłowa. Z. f. Nr. 150. — Dzierżyński: Podręcznik Chorób Nerwowych. — Ewald: Mschr. f. Psych. Bd. 68. — Foerster: N. Zbl. Bd. 44 — Foerster: Zf. die g. Neur. Bd. 73. — Giese: cyt. wg. Bychowskiego. Zespoły schizofreniczne i parafreniczne. — Glaus: Z. f. N. Bd. 135, str. 45. — Hallervorden, Bumke: Handbuch der Psych. Anatomie der Psychosen. — Hammer-Schlag, Frankl Hochwart. Die Erkrank. der weibl. Genit., t. II. str. 881. — Hartenberg: Presse méd. 1919 r. — Herz: Journal f. Psych. t. 43. — Jakob: Extrapyramidale Erkrankungen. — Kehrer: Neur. u. Psych. Foerstera i Willmanna. Erblichkeit u. Nerwenleiden, t. I. — Krapf: Arch. f. Ps. t. 83, str. 54. — Kroll: Z. f. die ges. N. Bd. 153. — Kroner: cyt. wg. Frankl Hochwart. Die Erkrankungen der weibl. Gen. t. II, str 881. — Lepage: cyt. wg. Frankl Hochwart. Die Erkrankungen der weibl. Gen. t. II, str. 881. — Lhermitte, Pagniez: L'Encéphale, 1930 r. — Lotmar: Stammganglien. — Marchand: R. N. 1929 r., t. II. — P. Marie i Tretiakow: N. Zbl. 30. — P. Marie, Boutier i Tretiakow: Bull. et Mem. 1920 r. — Meduna: Arch. of Neur. and Psych. 1936 r. — Omorokow: N. Zbl. 67. (ref.). — Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1923. — Orzechowski: Roczn. Psych. 1929 r. — Pineles: Frankl Hochwart, v. Noorden v. Strumpel. Die Erkrank. der weibl. Genital t. II, str. 881. — Rechtenwald: Z. f. d. ges. Neurologie, t. 58. — Rozental: Z. f. d ges. Neur. t. 59. — Rylander: N. Zbl. Nr. 69, str. 487. — Sachs: cyt. wg. Schaubego. Chorea gravidarum. — Scholz: Z. f. d. ges. Neur. Bd. 145. — Scholz, Bumke: Anatomie der Psychosen. — Selitzki: N. Zbl. Bd. 51. — Senize: N. Zbl. Bd. 63. — Soeken: Journal f. Psych. Bd. 46. — Speransky: cyt .wg. Stebłowa. Z. f. N. Bd. 150. — Spielmeyer: Z. f. d. ges. Neur. Bd. 109. — Spiller: Brain, 48. — Sterling: R. N 1924 r. — Thiele: Mschr. f. Psych. Bd. 85. — Vogt: Journal f. Psych. u. Neur. t. 25, 1920 r. — Vorkastner: Epilepsia i Dementia precox. — Wichert i Dreszer: Roczn. Psych. 1929 r. — Wilson: Deut. Z. f. Nerv. Bd. 108. — Wilson: Chorea gr. N. Zbl. Bd. 65. — Wimmer: R. N. 1925 r. t. II, str. 281. — Wollenberg: Nothnagels spezielle Pathologie u. Therapie, t. XII. — Zangemeister: cyt. wg. Schaubego. Chorea gravidarum.

Dr. Leon TOCHOWICZ. Kraków.

Wartość kliniczna przednio-tylnego odprowadzenia w elektrokardiografii.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Kierownik: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Dokończenie.

Omówienie zachowania się czwartego odprowadzenia w przebiegu zawału mięśnia sercowego.

Osobnego omówienia zachowania się przednio-tylnego odprowadzenia wymagają przypadki z zawałem mięśnia sercowego, ze względu na odrębność obrazu kliniczno-anatomicznego, oraz ze względu na znane ogólnie znaczenie elektrokardiografii w rozpoznawaniu tego cierpienia, gdzie, jak wynika z piśmiennictwa (Chrzanowski i Bender) często, bo w około 50% nie stwierdza się wyraźnych objawów w postaci bólów.

Rozpoczynam omawianie cech czwartego odprowadzenia w zawale mięśnia sercowego od przedstawienia przypadku z wynikiem badania pośmiertnego.

B. S., lat 51, meżczyzna. 11. XII. 1935. Chory w czerwcu b. r. przebył typowy napad bólu dusznicy bolesnej, który mimo stosowania nitrogliceryny i pantoponu trwał przez 5 dni, po czym nasilenie bólu pod wpływem stosowania podskórnie różnych narkotyków zmniejszyło się, aczkolwiek bóle ustąpiły zupełnie dopiero po 10 dniach. W tym czasie chory gorączkował przez 2 tygodnie do 38°. Po ustąpieniu bólów wystąpiła duszność i pojawiły się obrzęki na nogach. Chory przez 8 tygodni pozostawał w łóżku, po czym przy ciągłym stosowaniu różnych środków sercowych czuł się do listopada względnie dobrze, jednakże stale występowała duszność po większym wysiłku fizycznym. Od połowy listopada b. r. ma chory stale duszność, zwłaszcza przy chodzeniu. Od grudnia pojawiły się obrzęki i z tych powodów chory zgłasza się do kliniki. Przedmiotowo: Sinica na kończynach, małżowinach usznych i wargach, nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych, serce na lewo i na prawo miernie powiększone, tony nad wszystkimi zastawkami głuche, tętno do 120 na minutę, miarowe, drobne, ciśnienie 110/80, ciepłota prawidłowa, ciałek białych 8.200 w mm^3, objaw Biernackiego — 6 po godzinie, odczyn Wassermanna ujemny. Elektrokardiogram poniżej.

Krzywa Nr. 15. EKG B. S., lat 51, dnia 13. XII. 1935. Rytm zatokowy, P—Q = 0.18 sekund. W pierwszym odprowadzeniu cały zespół komorowy poniżej linii izoelektrycznej, woltaż 0.5 cm, T brak. W drugim odprowadzeniu R niskie, S głębokie, T zachowane, nieco niższe niż P. W trzecim odprowadzeniu P zachowane, woltaż QRS tak w tym jak i w drugim odprowadzeniu nie przekracza 0.75 cm. T płaskie. *W czwartym odprowadzeniu P dodatnie, Q* płytkie, *ST obniżone, łukowato ukształtowane,* T brak, EKG przedstawia cechy daleko posuniętych zmian w mięśniu sercowym, w następstwie niedomogi naczyń wieńcowych.

Chory ten pozostawał w klinice do 15. I. 1936 i wyszedł w stanie znacznej poprawy po leczeniu dożylnym strofantyną. Dnia 5. III. 1936 wystąpił u chorego napad bólu, jak w czerwcu zeszłego roku. Stosowanie nitrogliceryny nie zmniejszało bólów. W 5 dniu trwania bólu chory został przywieziony do kliniki w stanie nieznacznego podniecenia. Przedmiotowo: Chory bladosiny, obrzęki na kończynach dolnych, serce obustronnie powiększone, tony głuche, tarcie osierdziowe o typowym usadowieniu, ciepłota 38.4°, tętno 130 na minutę, miarowe, drobne, miękkie, ciśnienie 90/75, wątroba na dwa palce poniżej prawego łuku żebrowego, ciałek białych 18.600 w 1 mm^3, opadanie krwinek 60 na godzinę, ślad cukromoczu. Po zastosowaniu dożylnym leczenia strofantyną z glukozą oraz eufiliną z początku wyraźna poprawa, w 10 dniu chory zmarł nagle.

Krzywa Nr. 15 a. EKG wykonany w 5 dniu od wystąpienia ostatniego napadu bólu i na 5 dni przed śmiercią. Rytm zatokowy. Czas P—Q = 0.18 sekund, P we wszystkich odprowadzeniach zachowane, woltaż QRS obniżony, zwłaszcza w pierwszym odprowadzeniu, czas trwania 0.08 sekund. T_1 zachowane. Zespół komorowy w drugim i trzecim odprowadzeniu poniżej linii zerowej, T_2 brak, ST_3 łukowate, T_3 ujemne, płytkie, na QRS we wszystkich odprowadzeniach zgrubienia. W czwartym odprowadzeniu P dodatnie, *brak* Q, R niskie, ST obniżone, T płytkie, EKG przedstawia cechy zawału mięśnia sercowego ściany przedniej.

Wynik badania pośmiertnego, wykonanego w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. (Dyrektor Prof. Dr. Ciechanowski), przytaczam poniżej: Worek osierdziowy zawiera około 50 cm^3 płynu mętnego, barwy żółtawej, z widocznymi strzępkami włóknikowymi, barwy białawej. Osierdzie gładkie, lśniące. Nasierdzie pokryte miejscami strzępkami włóknikowymi barwy białawej, dającymi się usunąć nożem. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa średnio rozwinięta, ostro od mięśnia na przekroju odgraniczona, wymiary serca 15×15×6. Komora lewa o ścianie grubości 1.4 cm, o pojemności silnie zwiększonej, zawiera liczne skrzepy pośmiertne, barwy czerwonawej, gładkie i wilgotne, luźno leżące. Poza tym widoczne dość liczne zakrzepy przyścienne, kruchawe, o powierzchni pstrej, czerwonawo-żółtawej, dość silnie przylegające. Przednia ściana komory nieco wypuklona ku przodowi, w miejscu wypuklenia scieńczała. Przedsionek lewy o pojemności zwiększonej, bez innych zmian. Zastawka dwudzielna w miejscu wypuklenia scieńczała. Płatki zastawki wielkości prawidłowej, cienkie, gładkie i lśniące.

Komora prawa o pojemności zwiększonej, zawiera dość liczne skrzepy pośmiertne barwy czerwonawej, luźno leżące. Grubość ściany 0.3 cm. Przedsionek pojemności zwiększonej, w uszku prawym widoczne zakrzepy barwy czerwonawo-żółtawej o powierzchni nierównej, nieco kruchawe, dość silnie przylegające. Zastawka trójdzielna: płatki zastawki wielkości prawidłowej, cienkie, gładkie i lśniące, ujście drożne dla czterech palców. Zastawki tętnicy płucnej cienkie, gładkie, lśniące. Wsierdzie ścienne cienkie, gładkie, lśniące.

Mięsień sercowy konsystencji opornej, na przekrojach widoczne liczne smugi barwy białawej, a tylko gdzieniegdzie widoczne wysepki prawidłowego mięśnia. Tętnice wieńcowe o ścianach niepodatnych, na przekrojach nie zapadają się. W błonie wewnętrznej widać liczne nacieki płasko-wyniosłe barwy żółtawej, nie przeświecające, zwężające silnie światło tętnic. W lewej tętnicy wieńcowej widoczny zakrzep, dość silnie przylegający do ściany tętnicy i zatykający zupełnie jej światło. Tętnica główna: Obwód w ujściu 7.5 cm, w łuku 6.5 cm, nad przeponą 6 cm. Tętnica główna zawiera w błonie wewnętrznej dość liczne nacieki lipoidowe, barwy żółtawej, płasko-wyniosłe, wielkości jednogroszówki. Żyły główne zawierają krew pół-skrzepłą, barwy ciemno-czerwonej.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Arteriosclerosis aortae et arteriarum coronariarum cordis. Cicatrices multiplices myocardii. Hypertrophia et dilatatio cordis totius maioris gradus. Aneurysma incipiens parietis anterioris ventriculi sinistri cordis. Thrombi parietales ventriculi sinistri. Thrombosis arteriae coronariae sinistrae cordis. Thrombi parietales auriculae dextrae. Infarctus quatuor lobi interioris pulmonis sinistri. Pericarditis sero-fibrinosa. Hepar moschatum. Induratio cyanotica lienis et renum. Synechiae pleurales multiplices fibrosae ambilaterales. Oedema pulmonum. Tracheitis et bronchitis catarrhalis. Ascites. Anasarca.*

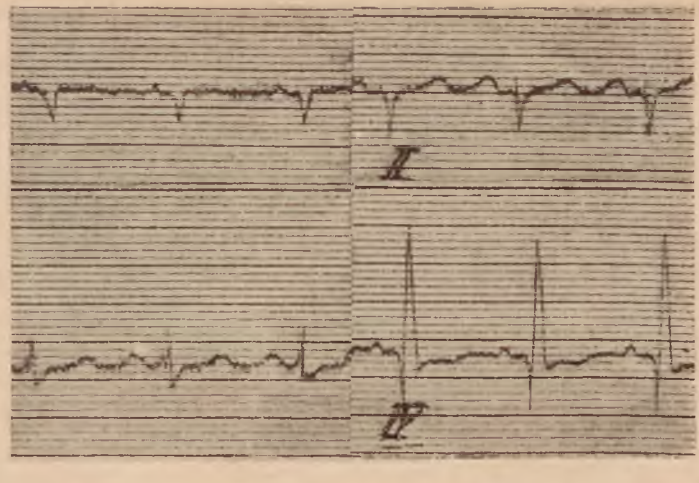
Z powyżej przedstawionego opisu widzianego dwukrotnie przypadku, należy podkreślić, że już podczas pierwszego pobytu chorego w klinice charakterystyczne zmiany czwartego odprowadzenia w postaci płytkiego Q, łukowato ukształtowanego i poniżej linii izoelektrycznej ułożonego odcinka ST, przy braku T, przyczyniły się obok patologicznie zaznaczonych cech w trzech pierwszych odprowadzeniach do rozpoznania daleko posuniętych zmian organicznych w tętnicach wieńcowych i tym samym dały podstawę do złego rokowania, co się potwierdziło w dalszym przebiegu choroby.

W ostrym zawale mięśnia sercowego, może być obraz aczkolwiek charakterystyczny, jednak odmienny czwartego odprowadzenia, podobnie zresztą, jak to się dzieje w pierwszych trzech odprowadzeniach, mimo takiej samej siedziby zmian anatomo-patologicznych w sercu. Poniżej przedstawiam niektóre krzywe, dotyczące chorych, u których przebieg kliniczny pozwalał rozpoznać ostry zawał mięśnia sercowego.

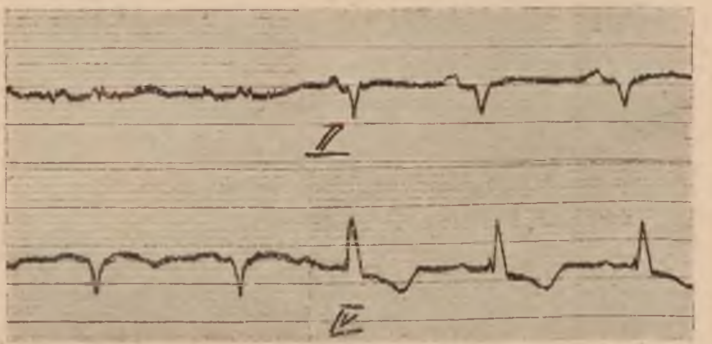
Krzywa Nr. 16. EKG P. M., lat 63. Zdjęcie robione 3 miesiące przed śmiercią. Brak P, migotanie przedsionków. ST w pierwszych trzech odprowadzeniach, a zwłaszcza w drugim, obniżone. T niskie. W czwartym odprowadzeniu ST powyżej linii izoelektrycznej z zaznaczonym łukiem, T_4 brak. EKG przedstawia cechy daleko posuniętych zmian w mięśniu sercowym po przebytym zawale ściany tylnej.

Krzywa Nr. 17. EKG I. St., lat 48. Rozpoznanie kliniczne *infarctus myocardii.* Zdjęcie robiono w 9 godzin po wystąpieniu objawów zawału mięśnia sercowego. Rytm zatokowy, P—Q = 0.18 sekund. Czas trwania QRS we wszystkich odprowadzeniach wynosi 0.1 sekundy. Q_1 głębokie, ST wysoko ułożone, T_1 brak. Q_2 głębokie, zazębione, ST_2 powyżej linii zerowej, T_2 wysokie, R_3 niskie, S_3 głębokie, ST_3 i T_3 prawidłowe. W czwartym odprowadzeniu P dwufazowe, *brak* Q, ST znacznie obniżone, tworzy łuk, T brak. EKG wykazuje cechy znamienne dla ostrego zawału ściany przedniej mięśnia sercowego.

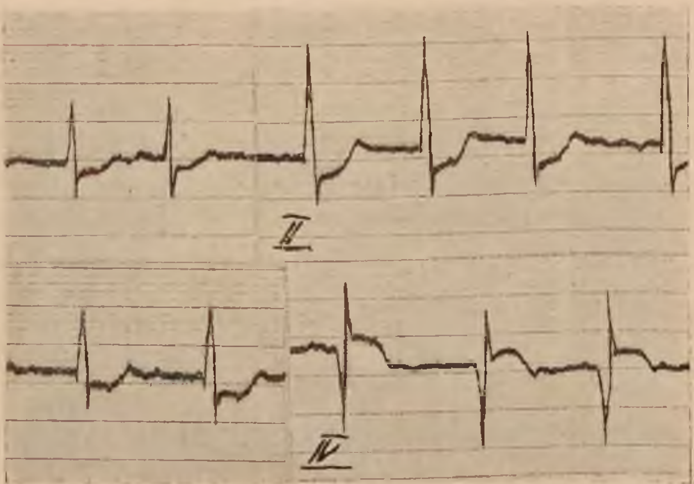
Krzywa Nr. 17 a. EKG tego samego chorego w 52 godziny od wystąpienia objawów zawału. Zmniejszenie się woltażu w pierw-



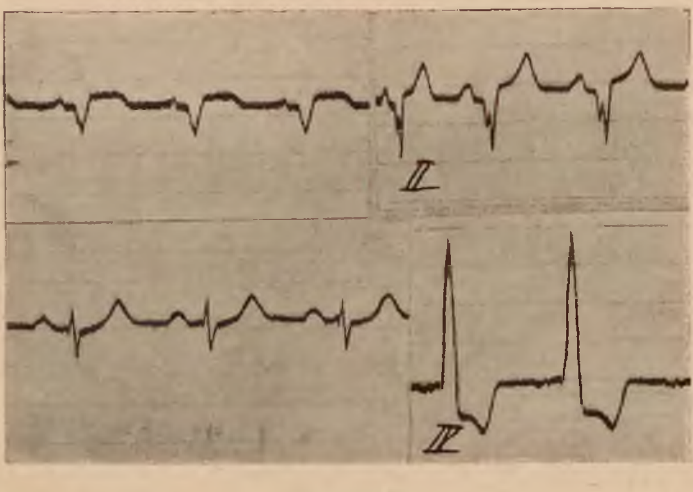
Krzywa Nr. 15.



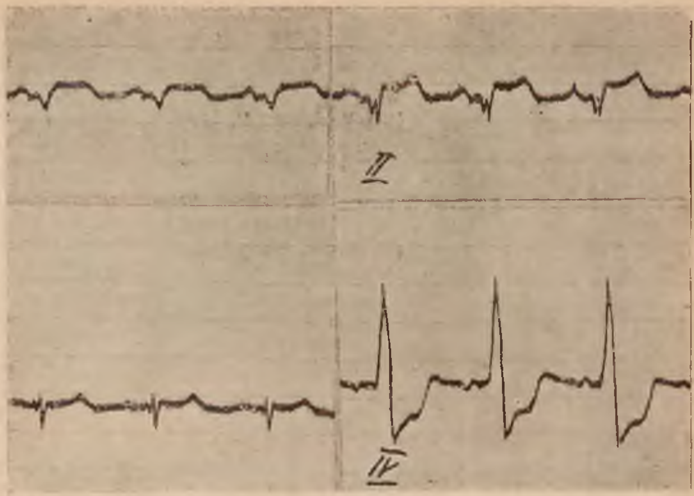
Krzywa Nr. 15 a.



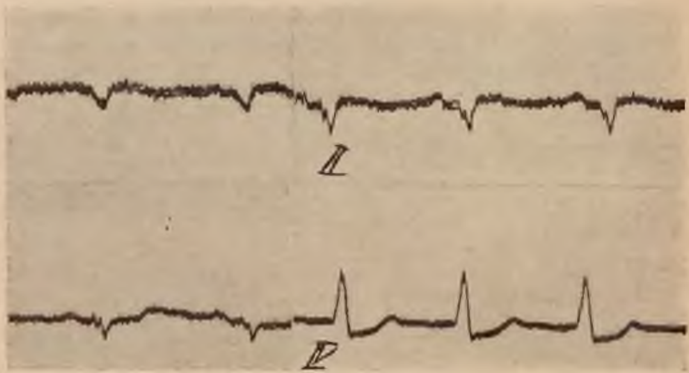
Krzywa Nr. 16.



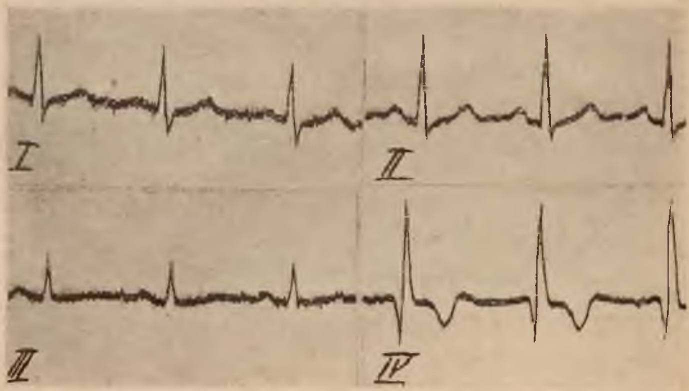
Krzywa Nr. 17.



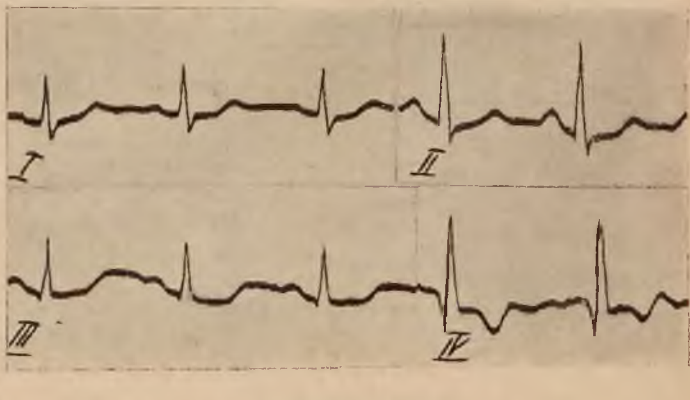
Krzywa Nr. 17 a.



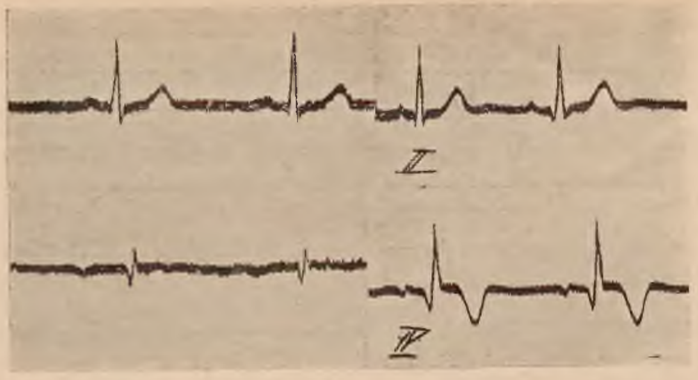
Krzywa Nr. 17 b.



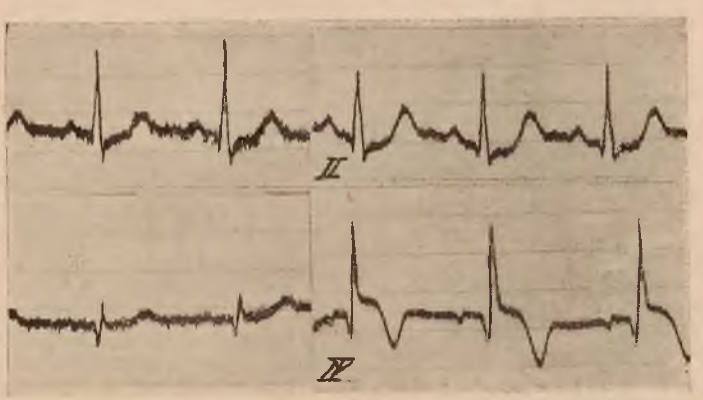
Krzywa Nr. 18 a.



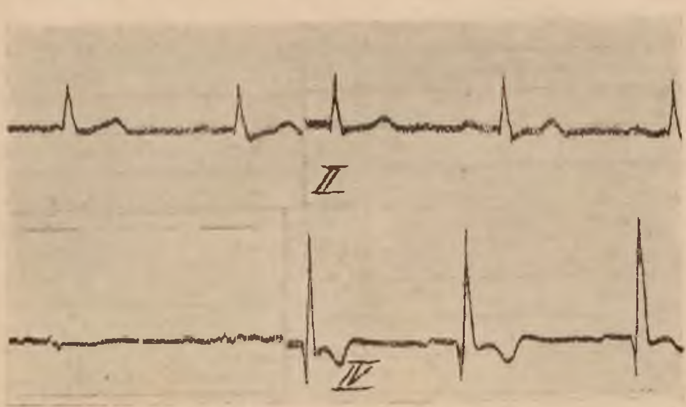
Krzywa Nr. 18 b.



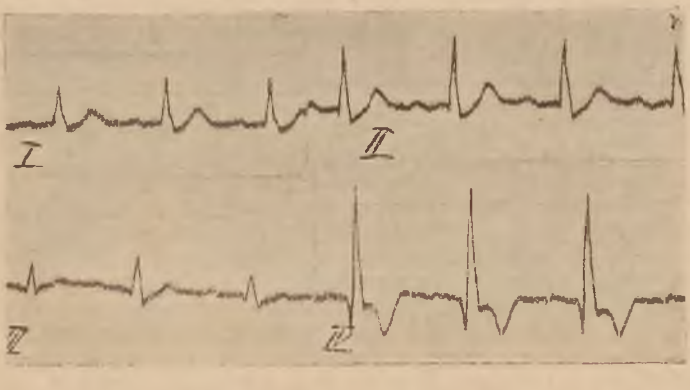
Krzywa Nr. 19 a.



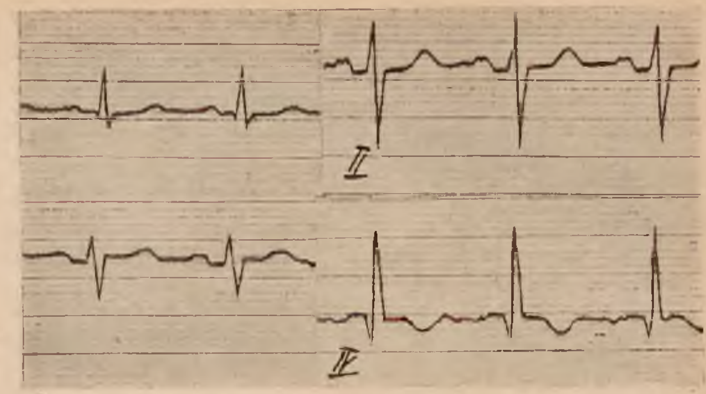
Krzywa Nr. 19 b.



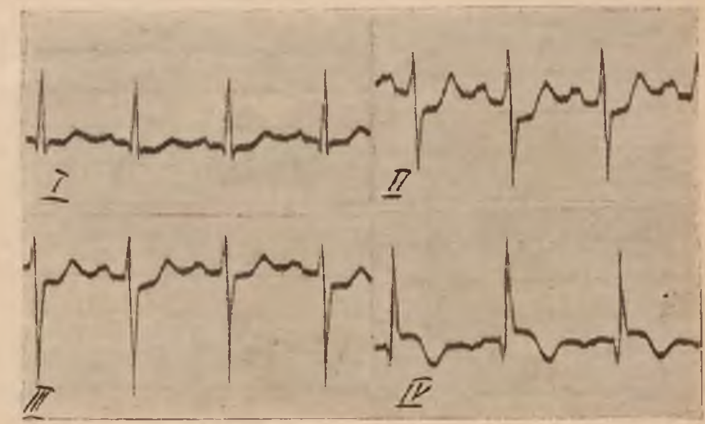
Krzywa Nr. 20 a.



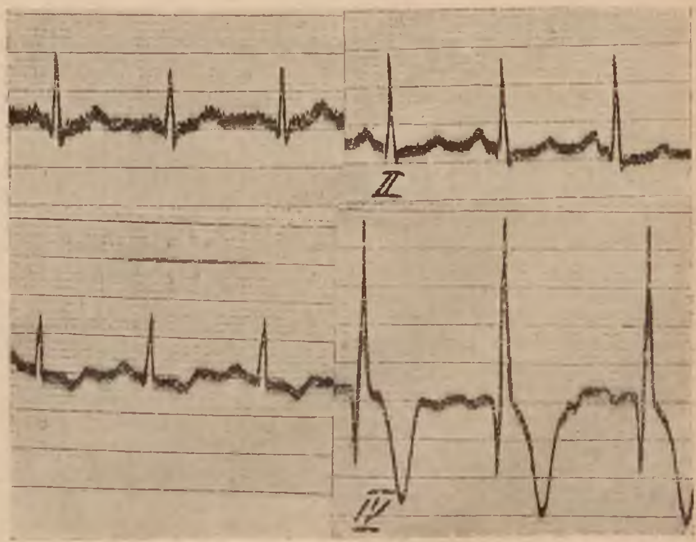
Krzywa Nr. 20 b.



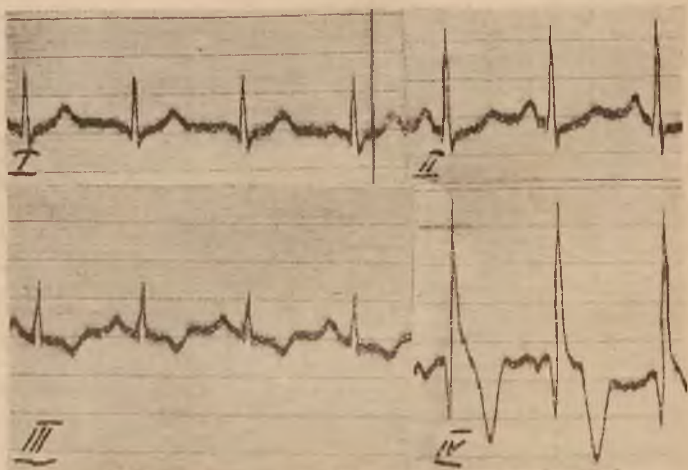
Krzywa Nr. 21 a.



Krzywa Nr. 21 b.



Krzywa Nr. 22 a.



Krzywa Nr. 22 b.

szych trzech odprowadzeniach, poza tym pierwsze i trzecie odprowadzenie jak poprzednio. W drugim odprowadzeniu ST znacznie wyżej ułożone, T przypłaszczone. W czwartym odprowadzeniu ST bardziej obniżone.

Krzywa Nr. 17 b. EKG w 65 dniu od początku choroby. Odcinek ST zniżył się do linii izoelektrycznej, T brak w trzech pierwszych odprowadzeniach, woltaż QRS niski. W czwartym odprowadzeniu woltaż znacznie obniżył się, ST układa się wyżej, T dodatnie, niskie.

Z przedstawionych krzywych elektrokardiograficznych tego przypadku widzimy stopniowe podnoszenie się odcinka ST i powstawanie dodatniego T w odprowadzeniu przednio-tylnym, takiego samego charakteru, jak to przedstawiliśmy w przypadku z objawami dusznicy bolesnej (patrz krzywa Nr. 13), gdzie również na podstawie zachowania się EKG powzięliśmy podejrzenie co do przebycia zawału mięśnia sercowego. Stąd nasuwa się przypuszczenie, czy znajdowane dodatnie T w przednio-tylnym odprowadzeniu nie jest zejściem przebytego zawału mięśnia sercowego.

Omówienie wyników badań przeprowadzonych po wysiłku fizycznym.

Do sprawdzenia, czy opisane poprzednio samoistne i odosobnione zmiany czwartego odprowadzenia istotnie odpowiadają niedomodze tętnic wieńcowych serca, posłużyła nam próba pracy fizycznej u chorych, co do których istniało podejrzenie dusznicy piersiowej głównie na podstawie zmian przednio-tylnego odprowadzenia. Wiadomo, że do ujawnienia ukrytych cech uszkodzenia mięśnia sercowego służy próba pracy W o o d a i W o l f e r t h a, S c h e r f a i G o l d h a m m e r a, oraz oddychanie gazem z małą ilością tlenu wedle D i e t r i c h a i S c h w i e g h a. Pomijam tu omówienie sposobu przeprowadzania próby pracy oraz charakterystycznych zmian elektrokardiogramu po wysiłku fizycznym, cechującym niedostateczne ukrwienie mięśnia sercowego, jako znane. Dziś powszechnie ujmuje się dusznicę bolesną, jako zespół objawów, powstających z powodu niedostatecznego utlenienia mięśnia sercowego. U chorych z objawami dusznicy bolesnej w spokoju, ukrwienie mięśnia sercowego może być wystarczające i wtedy elektrokardiogram nie okaże żadnych zmian patologicznych. Natomiast przy sztucznym obniżeniu ilości tlenu w powietrzu oddechowym, czy też przy narzuconym zwiększeniu pracy mięśnia sercowego u chorych z niedomogą tętnic wieńcowych, powstaje głód tlenowy, wywołując występowanie charakterystycznych cech elektrokardiogramów z objawami lub bez objawów dusznicy bolesnej. Badanie zmian elektrokardiograficznych po wysiłku fizycznym można uważać za metodę czynnościową, stwierdzającą stan ukrwienia mięśnia sercowego po wykonanej pracy. Należy dodać, że dodatni wynik próby nie przesądza, czy przypuszczalne niedostateczne ukrwienie jest następstwem zmian organicznych w tętnicach wieńcowych serca, czy też istnieją tylko czynnościowe zaburzenia w ukrwieniu wskutek napadowego zwężenia się, lub niedostatecznego przystosowania się tętnic wieńcowych do narzuconej sercu pracy. Szereg czynników wieść może do niedostatecznego ukrwienia (utlenienia) mięśnia sercowego, jak: zwężenie tętnic wieńcowych wskutek kiły, miażdżycy, zakrzepy naczyń wieńcowych, zwężenie zastawki dwudzielnej lub tętnicy głównej, przełomy naczyniowe P a a l a, ciężkie niedokrwistości, częstoskurcz napadowy, ostre zapalenie wysiękowe osierdzia, nadciśnienie oraz czynniki toksyczne, jak naparstnica i wreszcie zaburzenia w przemianie materii w postaci kwasicy, czy też obrzęk śluzowaty.

Wobec tych wyliczonych czynników, mogących wywołać niedostateczne utlenienie mięśnia sercowego, słusznym wydaje się wprowadzenie do kliniki przez B u c h n e r a, W e b e r a i H a a g e r a pojęcia niedomogi tętnic wieńcowych, której nie należy utożsamiać z dusznicą bolesną, gdyż zmiany te powstają nie z powodu pierwotnych zaburzeń w tętnicach wieńcowych i często znajdują się poza nimi. Ażeby naczynia wieńcowe uznać za sprawnie wydolne, muszą odbywać się zmiany w ukrwieniu mięśnia sercowego szybko i w bardzo znacznych granicach, to jest, że w sercu zdrowym, prawidłowo unaczynionym i unerwionym szybko i odpowiednio do zapotrzebowania wzmaga się przepływ krwi przez układ wieńcowy. W sercu chorym, czy to wskutek pierwotnych zmian w samym mięśniu, lub w naczyniach wieńcowych, lub w następstwie już wyliczonych jednostek chorobowych, czy też wskutek wadliwej regulacji ze strony układu wegetatywnego, mogą powstawać nagłe i względne niedokrwienia w zakresie naczyń wieńcowych. Wbrew dzisiaj ogólnie przyjętej metodyce badania wydolności naczyń wieńcowych za pomocą próby pracy, P a r a d e uważa tę próbę za niepewną, gdyż stwierdzał u chorych z dusznicą bolesną, że kształt krzywych elektrokardiograficznych po pracy ulegał poprawie, co się przejawiać miało wzrostem załamka T.

Badanie zmian elektrokardiogramów po pracy przeprowadziliśmy u 50 chorych z zaznaczonymi, jednak niecharakterystycznymi objawami dusznicy bolesnej, tak na podstawie wywiadów, jak i na podstawie zespołów trzech pierwszych odprowadzeń nietypowo ukształtowanych dla zmian w naczyniach wieńcowych. U 38 z tych chorych rozpoznanie dusznicy piersiowej przed obciążeniem ich pracą, umożliwiało nam patologiczne ukształtowanie krzywej tylko w przednio-tylnym odprowadzeniu. Na omawianie zachowania się zmian EKG po pracy w tych przypadkach szczególnie pragnę tu zwrócić uwagę.

Co do dawkowania pracy, to w naszych przypadkach było ono różne, od 15 przysiadów do 120 schodów w górę w zależności od ogólnego stanu chorego. Nigdy nie staraliśmy się celowo wywołać napadu objawów dusznicy bolesnej — aczkolwiek u 6 chorych po przejściu 80—120 schodów wystąpiły nieznaczne, krótkotrwałe i samorodnie ustępujące bóle za mostkiem.

Należy podkreślić, że u żadnego z naszych chorych nie stwierdziliśmy po wykonanej pracy szkodliwych następstw.

Załączona poniżej tablica przedstawia wynik badania u tych chorych.

Liczba obciążonych pracą fizyczną chorych — 50.

Zmiany EKG przed obciążeniem	Liczba chorych	%	Zmiany EKG po pracy	Liczba chorych	%
O_1 O_2 O_3 O_4	7	14	Po wykonanej pracy zmiany EKG stały się wyraźniejsze, zwłaszcza w trzech pierwszych odprowadzeniach.		
Odosobnione zmiany O_4	38	76	O_1 O_2 O_3	31	83
Bez zmian	5	10	O_1 O_2 O_3	2	40
			O_4	1	20

Jak widać z zestawienia na tej tablicy, u 7 chorych, u których rozpoznaliśmy niedomogę naczyń wieńcowych na podstawie zmian przed obciążeniem, po pracy zmiany elektrokardiograficzne stały się jeszcze wyraźniejsze. Najbardziej dla nas istotnym było zachowanie się po pracy elektrokardiogramów u tych chorych, u których przed obciążeniem stwierdzaliśmy zmiany jedynie tylko w czwartym odprowadzeniu, gdyż sprawdzianem naszym co do słuszności wniosków o zachowaniu się naczyń wieńcowych u tych chorych, stały się możliwe, ustalone już zmiany elektrokardiograficzne w trzech pierwszych odprowadzeniach po próbie pracy. Na 38 chorych, podejrzanych o schorzenie naczyń wieńcowych serca na podstawie wywiadów i odosobnionych zmian w czwartym odprowadzeniu, po próbie pracy znaleźliśmy potwierdzenie tego podejrzenia u 31 chorych na podstawie zachowania się elektrokardiogramów, powstałych w trzech pierwszych odprowadzeniach po wykonaniu pracy. Co do pozostałych 7 chorych ze zmianami tylko w czwartym odprowadzeniu, u których nie potrafiliśmy wykazać żadnych zmian po próbie pracy w trzech pierwszych odprowadzeniach, musimy stwierdzić, że bynajmniej nie znaczy to, ażebyśmy u tych chorych mogli odrzucić podejrzenie istnienia zmian w naczyniach wieńcowych, gdyż jak wiemy, próba pracy w trzech pierwszych odprowadzeniach w najlepszym razie jest tylko w 80% dodatnia, a ujemny wynik próby pracy nie wyłącza bezwzględnie dusznicy bolesnej.

Poniżej przedstawiam tu niektóre tylko krzywe elektrokardiograficzne bez zmian w trzech pierwszych odprowadzeniach w spokoju, u których próba pracy wypadła dodatnio.

Krzywa Nr. 18 a. EKG P. G., lat 36. Klinicznie: *Angina pectoris suspecta* (ciśnienie 170/100).

Przed obciążeniem: zespoły trzech pierwszych odprowadzeń bez zmian. W czwartym odprowadzeniu *płytkie* Q i nieznaczne obniżenie ST przemawia za niedomogą naczyń wieńcowych.

Krzywa Nr. 18 b. EKG tego samego chorego po obciążeniu (80 schodów). W trzech pierwszych odprowadzeniach, a zwłaszcza w trzecim odprowadzeniu odcinek ST obniżył się, T_1 i T_2 uległo spłaszczeniu. W czwartym odprowadzeniu Q i T stało się płytsze. EKG po obciążeniu potwierdza przypuszczenie zmian w naczyniach wieńcowych, powzięte na podstawie zachowania się czwartego odprowadzenia przed obciążeniem pracą.

Krzywa Nr. 19 a. EKG G. J., lat 43. Klinicznie: *Angina pectoris suspecta.* Pierwsze trzy odprowadzenia poza głębszym Q_3 bez zmian. W czwartym odprowadzeniu małe, płytkie Q przemawia za niedomogą naczyń wieńcowych.

Krzywa Nr. 19 b. EKG po obciążeniu (100 schodów) — wybitne obniżenie się odcinka ST zwłaszcza w drugim odprowadzeniu, jak również nieco wyższe odejście ST w czwartym od-

prowadzeniu potwierdza zachowanie się czwartego odprowadzenia przed obciążeniem.

Krzywa Nr. 20 a. EKG W. J., lat 50. *Lues cardio-vascularis, angina pectoris suspecta.* Zespoły trzech pierwszych odprowadzeń przed obciążeniem poza jedynym nieznacznym zgrubieniem na QRS i obniżeniem woltażu trzeciego odprowadzenia — bez zmian. W czwartym odprowadzeniu płytkie Q i obniżenie ST potwierdza rozpoznanie kliniczne.

Krzywa Nr. 20 b. EKG po obciążeniu (80 schodów). Znajdujemy potwierdzenie przypuszczenia niedomogi naczyń wieńcowych przez obniżenie się odcinka ST zwłaszcza w drugim odprowadzeniu. Czwarte odprowadzenie bez zmian.

Krzywa Nr. 21 a. EKG Z. E., lat 60. *Angina pectoris suspecta.* Trzy pierwsze odprowadzenia poza głębokim S_1 i S_2 — bez zmian. W czwartym odprowadzeniu bardzo małe Q i równocześnie płytkie T przemawiają za zmianami w naczyniach wieńcowych.

Krzywa Nr. 21 b. EKG po obciążeniu (100 schodów) — obniżenie ST w trzech pierwszych odprowadzeniach, a zwłaszcza w drugim i wysokie odejście ST_4 potwierdza początkowe podejrzenie, powzięte na podstawie zachowania się czwartego odprowadzenia.

Krzywa Nr. 22 a. EKG K. M., lat 50. *Angina pectoris suspecta.* Przed obciążeniem w trzech pierwszych odprowadzeniach nasuwa podejrzenie o zmianach w naczyniach wieńcowych serca, obniżenie ST i ujemne T w trzecim odprowadzeniu, utrwala to podejrzenie czwarte odprowadzenie przez zmniejszone Q i znacznie głębsze od Q kończyste T.

Krzywa Nr. 22 b. EKG po obciążeniu (80 schodów) — obniżenie ST_2 i ST_3 oraz zmniejszenie Q_4 i wysokie odejście ST_4 potwierdza rozpoznanie kliniczne. Krzywą tę przedstawiam ze względu na odrębne nieco zachowanie się czwartego odprowadzenia.

Jak widać z przedstawionych elektrokardiogramów, już w spokoju na podstawie zachowania się czwartego odprowadzenia mogliśmy przedmiotowo potwierdzić istnienie dusznicy bolesnej. Dowodem charakterystycznego zachowania się czwartego odpr. dla cech dusznicy bolesnej w tych przypadkach są zmiany w trzech pierwszych odprowadzeniach po wysiłku fizycznym. Co do ukształtowania się wychyleń czwartego odprowadzenia po obciążeniu chorych z dusznicą piersiową, należy podkreślić, że zmiany wychyleń są bardzo nieznaczne i dotyczą bądź to zmian wysokości Q, bądź też ułożenia odcinka ST. Zmiany te wogóle występują rzadko tak, że i tę cechę czwartego odprowadzenia, a mianowicie stałość, albo stosunkowo małą skłonność do zmian wychylenia po obciążeniu musimy tutaj podkreślić.

Kończąc omawianie zachowania się przednio-tylnego odprowadzenia w dusznicy piersiowej, jeszcze raz pokrótce wyliczę najczęściej spotykane cechy tego odprowadzenia w schorzeniu naczyń wieńcowych: zasadniczą cechą jest brak, albo płytkie bardzo Q z równocześnie obniżonym, często łukowato wykształconym odcinkiem ST, oraz płytkiem T; to odchylenie od norm przednio-tylnego odprowadzenia występuje najczęściej, bo w około 70% przypadków w dusznicy bolesnej. Następnym znacznie rzadszym odchyleniem od normy czwartego odprowadzenia w tym cierpieniu jest wysokie odejście odcinka ST przy prawidłowym ukształtowaniu innych wychyleń; z tą odmianą spotkaliśmy się w naszych przypadkach tylko u 7 chorych; jeszcze rzadziej spotykamy haczykowate lub łukowate wykształcenie odcinka ST, z ułożeniem poniżej, albo powyżej linii izoelektrycznej. W jeszcze mniejszej liczbie przypadków dusznicy piersiowej występuje niskie R z wysokim odejściem odcinka ST oraz płytkie T i wreszcie spostrzegaliśmy też dodatnie T równocześnie z którąś powyżej wymienioną odmianą przednio-tylnego odprowadzenia. Dla całości należy dodać, że często, zwłaszcza w przypadkach dusznicy bolesnej po-zawałowej woltaż zespołu QRS przednio-tylnego odprowadzenia ulega znacznemu obniżeniu.

Przeglądając teraz wyniki naszych doświadczeń, zestawionych na tablicy statystycznej, załączonej na początku niniejszej pracy, widzimy, że na 160 badanych chorych z objawami dusznicy piersiowej tylko u 24 nie zdołaliśmy stwierdzić zmian elektrokardiograficznych w spokoju przy uwzględnianiu wszystkich czterech odprowadzeń. Jeżeli teraz przejrzymy dotychczasowe statystyki trzech pierwszych odprowadzeń, które dają zmiany dusznicy piersiowej niespełna w 50% to widać, jak przednio-tylne odprowadzenie bardzo znacznie, bo ponad 30% podnosi ocenę przedmiotowego stwierdzania za pomocą elektrokardiografii zmian w schorzeniu naczyń wieńcowych. Wreszcie na podstawie naszych doświadczeń musimy dojść do wniosku, że badanie ukształtowania przednio-tylnego odprowadzenia umożliwia nam przedmiotowe potwierdzenie zmian w układzie naczyń wieńcowych serca w przypadkach typowych i, co ważniejsze, — wcześniejszego ich wykrywania w całym szeregu przypadków niecharakterystycznych, których rozpoznanie na podstawie zachowania się trzech pierwszych odprowadzeń — jest niepewne. W niektórych przypadkach krzywa czwartego odprowadzenia pozwalała na lepszą ocenę rokowania, dotyczy to szczególnie chorych z przebytym zawałem mięśnia sercowego, gdzie zmiany w ukształtowaniu czwartego odprowadzenia, jak to stwierdziliśmy w przypadku sekcjonowanym, utrzymują się znacznie dłużej, niż w innych odprowadzeniach.

W ostatecznej ocenie znaczenia przednio-tylnego odprowadzenia musimy podnieść tu doniosłą ważność dla kliniki wykrywania wszelkich zmian elektrokardiograficznych, zwłaszcza w przypadkach, które na podstawie wywiadów mogą nasunąć myśl o dusznicy bolesnej. Z tego powodu sądzę, że wprowadzenie do kliniki odprowadzenia przednio-tylnego stanowi niewątpliwie duży postęp w zużytkowaniu elektrokardiografii do badań wydolności układu krążenia wieńcowego.

Piśmiennictwo:

1) M. Burak: Warsz. Czas. Lek. Nr. 27 i 28, 1934. — 2) F. Buchner, A. Weber i B. Haager: Koronarinfarkt und Koronarinsuffizienz, wyd. Georg Tiem, Lipsk, 1935. — 3) J. Chrzanowski i A. Bender: Warsz. Czas. Lek. Nr. 9. 1936. — 4) E. Coelho: L'infarc. du Myocarde. Masson, Paris 1934. — 5) M. Dawidowicz: Warsz. Czas. Lek. Nr. 17. 1934. — 6) P. N. Deschamps: Elektrokardiografia Kliniczna (tłumaczenie H. Rasolta). — 7) S. Dietrich i H. Schwiegk: Kl. W. Nr. 12. 1933. — 8) E. Edens: Die Krankheiten des Herzens. Springer, Berlin, 1929. Str. 715. — 9) M. Franke: P. Arch. Med. Wewn. T. XI. Z. 3. 1933. — 10) A. Falkiewicz: P. G. L. Nr. 24 i 25, 1934. — 11) R. France: Amer. Journ. Med. Sciences. 1934, 187, 1. — 12) J. Freundlich: Dtsch. Arch. Klin. Med. Bd. 175. H. 2. — 13) A. A. Goldbloom: Amer. Journ. Med. Sciences. 1934, 4. — 14) M. Holzmann i F. Wuhrmann: D. M. W. Nr. 10, 16, 17, 1936. — 15) S. W. Parade: Kl. Woch. Nr. 50. 1934. — 16) S. De Rio i A. Batro: El Dia Med. Nr. 12. 1933. — 17) M. Semerau-Siemianowski: P. Arch. Med. Wewn. T. XI. Z. 3. 1933. — 18) D. Scherf: Spez. Pathologie und Therapie innere Krankheiten, 1935. Urban i Schwarzenberg. — 19) D. Scherf i St. Goldhammer: Warsz. Czas. Lek. Nr. 38. 1934. — 20) F. C. Wood i Ch. N. Wolferth: Arch. inter. Med. 1931, 47, str. 339 i Amer. Journ. Med. Sciences. 1932, 1.

Dr. Jan MISIŃSKI. Morszyn-Zdrój.
b. Lekarz Zakładowy w Morszynie Zdroju.

Najnowsze drogi leczenia fizykalnego zaburzeń w krążeniu.

W praktyce spotkałem wielu chorych, których stan nie pozwalał na zastosowanie powszechnie znanych kąpieli całkowitych. Nie mogły być zastosowane: kąpiele zwyczajne z wody z domieszką soli, tym bardziej z dodatkiem kwasu węglowego, gdyż wszystkie te zabiegi powodują choćby nawet chwilowe trudności w pracy mięśnia sercowego. Pragnąc znaleźć nowe drogi, zwróciłem się do zabiegów częściowych kąpieli, wedle Hauffa, ze wzrastającą stopniowo ciepłotą, które jedynie nadawały się do fizykalnego wyrównania zaburzeń w krążeniu u tych chorych, i u których chodziło także o oszczędzanie pracy mięśnia sercowego. U tych chorych zabieg fizykalny należało zastosować na małą powierzchnię ciała i tak silnie, aby wywołał rozszerzenie naczyń obwodowych. W następstwie powyższego zabiegu, w myśl prawa Dastre-Morata, uzyskuje się zwężenie naczyń jam ciała z następowym ich odkrwieniem. Powyższy zabieg uważałem za najbardziej celowy do wyrównania zaburzeń w krążeniu. Zabieg Hauffa stosowałem ściśle wedle opisu jego twórcy, z wody z początkową ciepłotą obojętną (37°), która przez stałe dolewanie wody ciepłej w czasie mniej więcej 15 minut osiągała zależnie od indywidualnej wrażliwości chorego, ciepłotę 43—45°. Następstwa powyższego zabiegu były te same, które opisał Hauff i Seidl (Polska Gazeta Lekarska Nr. 25 z dnia 21. VI. 1931 roku).

Chory miał zanurzone przedramię i połowę ramienia, pozostała powierzchnia ciała z wyjątkiem głowy była okrywana prześcieradłem. W następstwie zabiegu z wahaniami osobniczymi następuje rozszerzenie naczyń włosowatych skóry, za nimi głębokich naczyń zanurzonej kończyny, które w korzystnym razie przenosi się na całe ciało. Rozszerzenie powyższego działania na całe ciało występuje u osób z dobrym unerwieniem naczynioruchowym, z dobrze czynnymi mięśniami naczynioruchο-

wymi i przy naczyniach krwionośnych nie bardzo przez chorobę zmienionych. Przy korzystnym działaniu pojawia się lekki pot czoła, twarzy, szyi, piersi, pleców, całego tułowia, obejmujący wreszcie także kończyny dolne, szczególnie w zgięciach, przy równoczesnym rozszerzeniu naczyń całego obwodu.

Uogólnienie się powyższego odczynu występuje z różnicą osobniczą od 10—20 minut.

Przechodząc do ujemnych stron powyższego zabiegu, muszę stwierdzić na podstawie szeregu doświadczeń, że niejednokrotnie nawet w przypadkach wyżej wymienionych, okres uogólnienia się odczynu rozszerzenia naczyń obwodu przedłuża się o dalszych 10—15 minut, a okres ten jest krytyczny dla serca, następstwem czego jest przyspieszenie tętna słabo napiętego, brak tchu, zblednięcie twarzy; te objawy zmuszają nas do bezzwłocznego przerwania zabiegu. Druga seria niepowodzeń zastosowania powyższego zabiegu — to są przypadki ze zmianami chorobowymi w naczyniach z leniwymi nerwami naczynioruchowymi, lub z niedomogą mięśni naczynioruchowych. Utrudnieniem zastosowania zabiegu jest pewna trudność w dawkowaniu.

Powierzchnię działania musi się niejednokrotnie rozszerzać na dwa ramiona, na dwa podudzia, wreszcie stosuje się nasiadówkę i pełną kąpiel. Zabieg na jedno przedramię jest bardzo słaby i w znacznym procencie nie wywołuje spodziewanego wyniku.

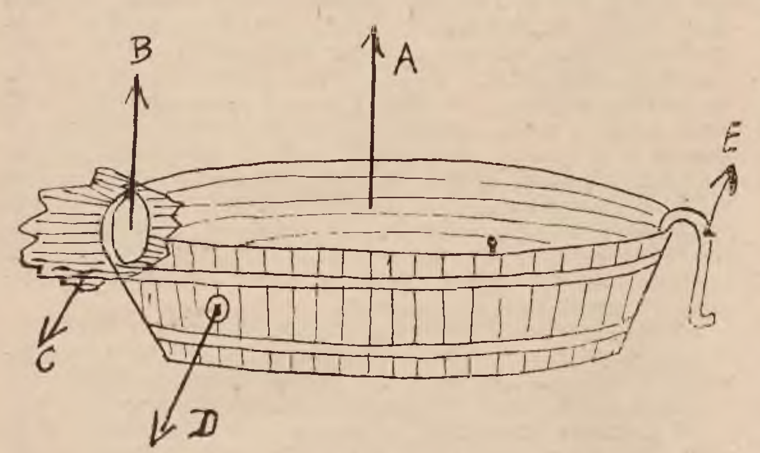
Te wszystkie doświadczenia były dla mnie bodźcem do szukania czegoś nowego.

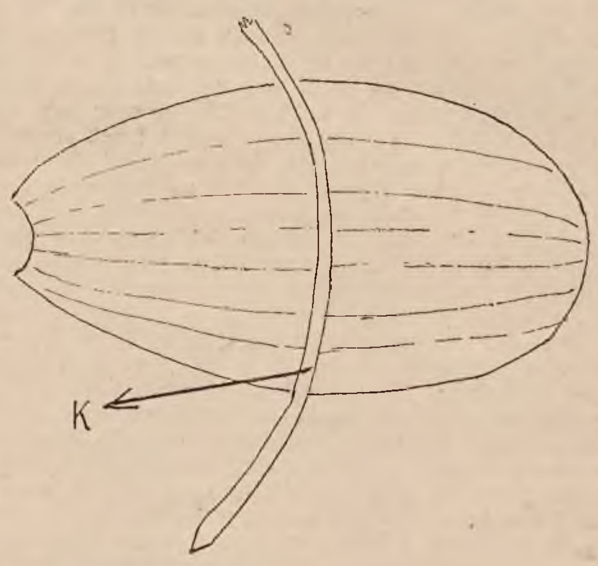
Chcąc zadziałać na małą powierzchnię i osiągnąć działanie silniejsze od kąpieli wodnej H a u f f a, musi się użyć silniejszego bodźca. Jako bodźca użyłem borowiny morszyńskiej, która jednoczy w sobie możliwość podwyższenia ciepłoty kąpieli, a więc zwiększego działania cieplnego z działaniem mechanicznym i chemicznym. Wobec powyższego zmieniłem nieco zabieg H a u f f a w ten sposób, że początkową ciepłotę zabiegu podniosłem z 37—38°. Ta ciepłota stała się obojętna wskutek użycia do kąpieli średnio gęstej borowiny.

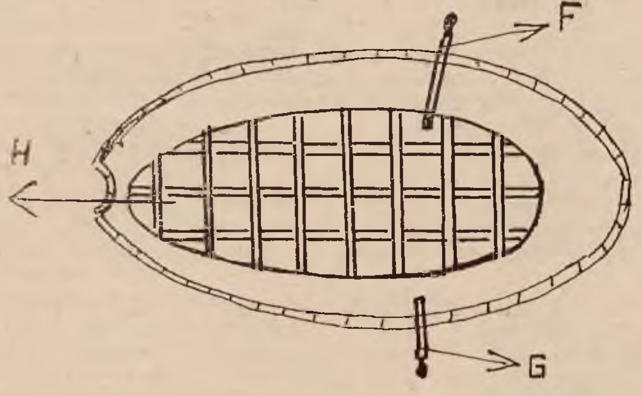
Powyższe zabiegi robione były w specjalnie na ten cel zrobionej wanience drewnianej (wedle załączonego opisu z fotografią). Stosowano kąpiel o wzrastającej ciepłocie, aby uzyskać pożądany wynik.

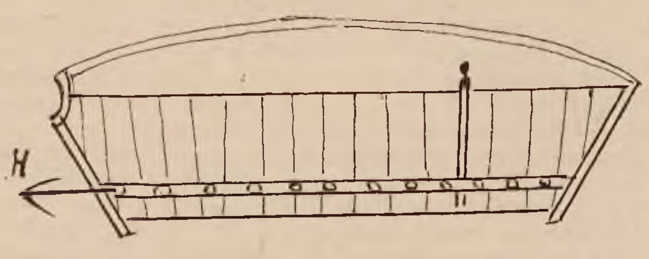
W I grupie chorych zastosowałem powyższy zabieg przy nadciśnieniu u chorej z objawami przewlekłego zapalenia nerek. Chora 66 lat, dobrze zbudowana i odżywiona, średniego wzrostu. Naczynia obwodowe są nieco twardsze. Na lewej spojówce gałkowej i powiekowej świeże krwawienie. Źrenice okrągłe, równe, dobrze oddziaływujące na akomodację. Nos i jama ustna bez zmian. Szyja krótka, szeroka, z widocznie rozszerzonymi naczyniami żylnymi. Klatka piersiowa nieco beczkowata. Płuca wykazują dość znaczną rozedmę, z nieżytem oskrzelowym w dolnych częściach. Powłoki brzuszne lekko wzdęte. Kończyny dolne bardzo nieznacznie obrzękłe. Mocz (c. wł. 1010) zawiera białka 0.1‰, 4—5 leukocytów w polu widzenia, 1—2 ciałka czerwone (w preparacie). Chora była w leczeniu okulisty, który zalecił stosowanie kropli do oka *(adstr.)*. Badanie serca wykazało: powiększenie lewej komory do linii sutkowej lewej przy silnym zaakcentowaniu II tonu nad tętnicą główną. Ciśnienie 200/75 mm Hg mierzone w pozycji siedzącej na lewym ramieniu, tętno 100 na minutę (miarowe, silnie napięte), oddechów na minutę 18.

Spróbowałem zrobić zabieg ściśle według H a u f f a z wody. Ze względu na szczególną wrażliwość na ciepłotę wody chora zniosła najwyższą ciepłotę 40°, przy której czuła się podmiotowo niedobrze; tętno przyspieszyło się do 120 na minutę, występowała lekka duszność po 20 minutach, do którego to czasu potów nie było. Badanie po zabiegu: żyły szyjne silnie przepełnione, serce powiększone. Ciśnienie: 205/75 mm Hg, tętno:









A — Wanienka do zmienionego zabiegu kąpieli o wzrastającej ciepłocie wedle własnego projektu (wykonana z drzewa).

E — Przewód doprowadzający wodę gorącą, wbudowany w ścianę wewnętrzną wanienki z wypustem znajdującym się na dnie wanienki poniżej drabinki H.

B — Otwór dla wprowadzenia ręki chorego.

D — Wypust nadmiaru wody z wanienki.

C — Manszet gumowy (z dwóch oddzielnych części) na który w czasie kąpieli nakłada się świeżą serwetkę płócienną.

K — Pasek do umocowania nakrywy wanienki.

H — Drabinka wewnątrz wanienki, zabezpieczająca rękę przed nagłym dopływem wody gorącej. Na drabince umieszczona jest borowina.

F — I Termometr wbudowany w boczną ścianę wanienki wykazujący ciepłotę wody w części najniższej wanienki, odgrodzonej od ręki drabinką H.

G — II Termometr wykazujący ciepłotę kąpieli borowinowej (dochodzi do połowy wysokości wanienki, powyżej drabinki H).

Oba termometry przy wanience przykrytej są widoczne powyżej bocznych ścian, umożliwiając stałą kontrolę ciepłoty kąpieli.

118—120. Na drugi dzień po wypoczynku 24-godzinnym, zastosowałem zabieg, wedle mojej modyfikacji, z dodatkiem borowiny.

Badanie przed zabiegiem: Serce powiększone do lewej linii sutkowej z silnie zaakcentowanym II tonem nad tętnicą główną. Ciśnienie 205/75 Hg, tętno 75, miarowe, po 5 minutach 78. Ciśnienie 175/75 Hg, po dalszych pięciu minutach, w dziesiątej minucie 84, ciśnienie 160/65 Hg; u chorej lekki pot czoła przy uczuciu ciepła w całym organizmie. Ciepłota kąpieli podniosła się stopniowo do 46° przy dobrym poczuciu chorej i uczuciu lekkości. Po zabiegu, który ukończyłem w 20 minucie, chora czuła się doskonale, oświadczyła, że przybyły jej nowe siły. Badanie przedmiotowe stwierdziło zmniejszenie przekrwienia żył szyjnych, komora lewa nie dochodziła w rentgenogramie do linii sutkowej na pół palca, tętno 72 miarowe, ciśnienie 175/75 Hg. W płucach objawy nieżytu dolnych części oskrzeli prawie zupełnie ustąpiły.

Celem zbadania wpływu powyższego zabiegu na wydzielanie moczu, badana zachowała przez trzy dni następującą dietę przy ścisłej kontroli dobowej ilości i jakości moczu: piła dziennie cztery szklanki mleka słodkiego, spożywała 6 łyżek kaszy i 500 g marchwi po połowie z kartoflami. W dniu przed zabiegami wydalała moczu dziennie 500 g. W dniu zabiegu wodnego wedle H a u f f a 550 g. W dniu zastosowania zmodyfikowanego zabiegu 685 g, na drugi dzień po zabiegu przez całą dobę 600 g, na trzeci dzień 565 g. W czasie badania chora nie zajmowała się żadną pracą i przebywała stale w mieszkaniu. Na drugi dzień po zabiegu w moczu stwierdzono tylko ślad białka przy ciężarze moczu 1017, w pierwszym dniu zachowanej diety 1011. Chorej zaleciłem robienie dalszych kąpieli w domu, wedle mojego przepisu, co drugi dzień. W tydzień po pierwszym zabiegu stwierdziłem ustąpienie obrzęku kończyn, ustąpienie przekrwienia żył szyjnych, nieżytu oskrzeli, powiększenia serca (badanie Roentgenem wykazało obraz w granicach fizjologicznych), w moczu nie ma białka i krwinek, ciśnienie 190 Hg, tętno 82, miarowe; moczu dziennie około 60—750 g o ciężarze 1017—1020.

Chora wykonała dalszych 10 zabiegów (co drugi dzień) na jedno przedramię (prawe) od początkowej ciepłoty 38° do maksymalnej 47°. Wyższą ciepłotę stosowała dla pocenia się, które sprawiało jej ulgę. Badania robiłem co kilka dni i wyniki były zbliżone do ostatniego wyniku badania (jak wyżej).

Następnie chorą badałem w dwa miesiące po ukończeniu zabiegów. Czuła się podmiotowo zupełnie dobrze, rozpoczęła pracować w domu. Badanie przedmiotowe: mocz o c. wł. 1016, nie zawiera białka i krwinek czerwonych, kończyny nieobrzękłe, spojówki gałkowe i powiekowe nie wykazały rozszerzenia naczyń krwionośnych, żyły szyjne nie są przekrwione. Płuca, poza rozedmą, zmian nie wykazują. Serce w granicach fizjologicznych z nieco zaakcentowanym II tonem nad tętnicą główną. Narządy wewnętrzne bez zmian dających się wykazać. Ciśnienie 195/75 Hg, tętno 84, miarowe. Ostatni raz badałem chorą w rok po zastosowaniu zabiegów z powodu nadłamania ręki. W czasie tego okresu chora wszystko jadła, nie używała alkoholu, ostrych przypraw i mięsa ponad dzienną ilość 10 dkg co drugi dzień w postaci gotowanej. W ciągu roku czuła się kilka razy niedobrze, jednakże po zrobieniu kilku kąpieli stan jej całkowicie się poprawiał.

Badanie EKG: Tętno przed zabiegiem 75 na minutę, w dziesiątej minucie 84, miarowe. EKG poza jednym miejscem w I odprowadzeniu wykazującym skrócenie T z następowym zupełnie prawidłowym zespołem przedsionkowo-komorowym (powyższa nieprawidłowość wystąpiła przed zabiegiem), nie wykazał żadnych odchyleń od EKG prawidłowego. PQRST w I i II, dodatnie w III, ujemne T, wierzchołki EKG zwrócone ku dołowi. Czas przewodnictwa P 0.15 sek., Q—T 0.35 sek., QRS 0.05 sek. Wynik powyższego leczenia zachęciły mnie do przeprowadzenia dalszych badań, których wyniki podaję niżej.

Modyfikacja zabiegu H a u f f a jest zabiegiem skórnym. Miejscem zadziałania jest powierzchnia skóry. Skóra jest narządem wkrewno-wydzielniczym. Pod wpływem bodźców powstaje histamina lub ciało H pokrewne histaminie (z naskórka), które działa bezpośrednio w miejscu zadziałania bodźca, i po wchłonięciu przez rozszerzone, bardziej przepuszczalne naczynia dostaje się do krwiobiegu, przez co działa na dalsze części ustroju. O powstaniu powyższych ciał w skórze pisał Dr. G o l d s c h n e i d e r *(Zeitschrift f. die ges. physikalische Ther.* Band 42 z roku 1932), oraz S c a u d i g i B o r n s t e i n *(Heilquellen und Heilk.).* Zmieniony zabieg H a u f f a należy więc do lecznictwa bodźcowego. Rozszerzenie włosowatych i głębokich naczyń w miejscu działania bodźca obejmuje następnie naczynia obwodowe dalszych części ciała. Powyższemu zjawisku towarzyszy, w myśl prawa D a s t r e - M o r a t a odkrwienie jam ciała, płuc i serca, rozszerzenie naczyń wieńcowych serca, jako objaw odruchu skórnego i trzewnego. Dla pracy serca powstają korzystniejsze warunki przez zmniejszenia oporów w obwodzie, obniżenie nadmiernego ciśnienia krwi i wyrównanie zaburzeń w krążeniu wraz z ich następstwami. Następuje lepsze odżywienie mięśnia sercowego, przy mniejszym zapotrzebowaniu tlenu.

Rozpatrując działanie powyższego zabiegu, należy przyjąć: 1) działanie cieplne, 2) mechaniczne, 3) chemiczne, 4) hydrostatyczne.

1. *Działanie cieplne.* Borowina, jako domieszka do wody w ilości tworzącej papkę, jako zły przewodnik ciepła pozwala na podwyższenie maksymalnej ciepłoty. Dzięki jej działaniu można indywidualnie zwiększyć siłę bodźca i uzyskać nawet wynik u tych chorych, u których nie można było uzyskać go przez zastosowanie bodźców słabszych, jak np. przy zabiegu H a u f f a przez działanie wody. Dzięki zwiększeniu siły bodźca wyniki działania są większe oraz trwalsze jest jego działanie przez zwiększenie ilości wydzielonych ciał przez skórę. Przez ciepłą kąpiel zyskuje się spadek ciśnienia krwi dłuższy czas utrzymujący się, aniżeli przez kąpiel z wody. Działanie ciepłoty zabiegu gorącego nie sięga w głąb i przez ograniczenie go przy zmienionym zabiegu H a u f f a do części jednej kończyny nie działa szkodliwie na ustrój, w szczególności serce. Dzięki temu, że powierzchnia ciała jest lekko przykryta, ułatwione jest oddawanie nadmiaru ciepła przez organizm na zewnątrz. Działanie termiczne zwiększa również przemianę materii i działa na układ wegetatywny i gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu.

2. *Działanie mechaniczne;* cząsteczki borowiny drażnią mechanicznie skórę, co zwiększa się przez ruchy obrotowe przedramienia i zginanie ręki w czasie zabiegu celem uzyskania wymieszania gorącej wody dopływającej z pozostałą zawartością.

3. *Działanie chemiczne* wywołane jest składnikami borowiny. Przeważnie wynika ono z działania wolnych kwasów: siarkowego, humusowego, soli żelaza, glinu oraz kwasu garbnikowego itd. Wedle Prof. K o s k o w s k i e g o własności chemiczne wyrażają się odczynem kwaśnym, działaniem przeciwbakteryjnym, działaniem ściągającym na skórę (Almanach Uzdrowisk Polskich 1934 r.). Działanie chemiczne można zmieniać przez dodanie do borowiny pewnych składników, jak np. preparatów salicylowych, które doskonale się wchłaniają, otwierając nowe pole lecznictwa pozajelitowego schorzeń serca przy pomocy środków farmakologicznych.

4. *Działanie hydrostatyczne.* Nie bez znaczenia jest dodanie do wody borowiny, która posiada wysoki ciężar gatunkowy, dzięki któremu wywiera ona silniejszy ucisk na zanurzoną powierzchnię ciała.

W zmienionym zabiegu Hauffa groziłoby przy zastosowaniu wyższej ciepłoty powstanie obrzęków zanurzonej kończyny. U dwóch chorych stwierdziłem powstanie obrzęku kończyny po zabiegu H a u f f a przy najwyższej ciepłocie zabiegu 40°. Obrzęki utrzymywały się przez kilka tygodni i występowały bezpośrednio po zabiegu. Dotyczyło to jednej chorej ze skłonnością do wyrównawczych obrzęków, drugiej zaś bez objawów zaburzeń w krążeniu.

Przy zmienionym zabiegu H a u f f a nigdy nie stwierdziłem utrzymywania się zwiększonego obwodu zanurzonej kończyny ponad dwa dni po zabiegu. Przeciętnie powyższy objaw trwa zaledwie kilka godzin. Działanie hydrostatyczne w zmodyfikowanym zabiegu nie zezwala na nadmierne gromadzenie się płynów poza rozszerzonymi naczyniami. Zmieniony zabieg H a u f f a jest zabiegiem mokrym (napotnym). Pocenie się występuje od 8 minuty i trwa około pół godziny po zabiegu. Łącznie z zabiegiem pocenie trwa około 1 godziny przy zastosowaniu optymalnej ciepłoty i następowego kocowania. Powyższy zabieg napotny nie ma cech ujemnych, stwierdzanych w pełnych kąpielach gorących (z wody-borowiny-piasku). W tych zabiegach bardzo silny bodziec działa na wielkiej powierzchni, przez co zwężają się naczynia obwodowe, następuje zwiększenie pracy serca wskutek konieczności pokonywania utrudnionego krążenia. W chwili rozszerzenia się naczyń krwionośnych obwodowych, które następuje po dłuższej chwili, jeśli serce wytrzymało poprzednie obciążenie, mogłoby ono pracować swobodniej z mniejszym nakładem pracy, lecz grozi mu drugie niebezpieczeństwo wskutek przegrzania organizmu, w następstwie utrudnionego oddawania ciepła. W zmienionym zabiegu H a u f f a bodziec działa na małą powierzchnię (przedramienia i połowy ramienia), tylko część tułowia, druga kończyna górna i kończyny dolne są lekko okryte prześcieradłem i kocykiem, przez co ułatwione jest oddawanie ciepła. Wskutek tego całkowicie odpada niebezpieczeństwo dla serca, spowodowane opisanymi wyżej zabiegami napotnymi, które powodują choćby chwilowe utrudnienie krążenia.

Pod wpływem bodźca cieplnego na skórę w czasie kąpieli napotnych, powinno pojawiać się oddziaływanie na system we-

getatywny, mianowicie zwiększenie czynności nerwu sympatycznego *(Z. f. die ges. physikalische Ther.* Nr. 1. Band 44. 1933: *Neuere Stoffwechseluntersuchungen bei Schwitzbadern.* von Dr. Alfred M a r c h o n i n i).

Ze względu na dość ścisły związek pomiędzy układem wegetatywnym a gruczołami o wewnętrznym wydzielaniu (badania K r a u s a i Z o n d e k a) drogą skóry, możemy zadziałać na gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu. Moje badania przeprowadzone na kilkudziesięciu chorych po zabiegach zmienionym sposobem H a u f f a wykazały, że równoczesne (łącznie z dietą suchą) ograniczenia diety powodowały ich lepsze znoszenie przez poprawę samopoczucia. U chorych w początkowym okresie przejściowym *(climax incipiens)* uzyskiwałem już po kilku zabiegach poprawę samopoczucia, ustępowanie kłucia w okolicy serca, uderzeń do głowy przy równoczesnym ziębnięciu kończyn.

Jest to wynik działania na gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu: obojętnym jest, jaką drogą, czy bezpośrednią, czy też pośrednią drogą systemu nerwowego wegetatywnego.

Należy przyjąć, wedle badań M a r c h i o n i n i e g o, jako następstwo zadziałania bodźca o wysokiej ciepłocie na skórę wzmożenie przemiany materii przez zwiększenie spraw utleniania, a korzystnej zmianie przemiany materii w organizmie należy przypisać utrwalenie pomyślnych wyników stosowania zmienionego zabiegu H a u f f a.

Działanie zmienionego zabiegu Hauffa na ciśnienie krwi.

Ciśnienie krwi w czasie zabiegu: w przypadkach podwyższonego parcia krwi w pierwszych pięciu minutach spada nieznacznie maksymalne ciśnienie od 15—25 mm Hg przy zachowaniu minimalnego parcia w wysokości, odpowiadającej nieznacznym wahaniem minimalnemu parciu przed zabiegiem. Wahania minimalnego parcia w tym okresie wynoszą 5—10 mm Hg i to w kierunku obniżenia parcia. Przeciętnie od 5—8 minuty do 15—20 minuty następuje dalsze obniżenie maksymalnego parcia, które w porównaniu ze stanem tego przed zabiegiem wykazuje obniżenie, dochodzące od 15—40 mm Hg maksymalnego, minimalnego od 10—35 mm Hg. Od minuty 20—30, to jest do zakończenia zabiegu, ciśnienie znacznie się podwyższa, 5—10 mm Hg przeważnie maksymalnego ciśnienia, przez co amplituda się zwiększa, czynnik dynamiczny i hamujący mniej więcej wyrównuje się.

Parcie krwi po zabiegach: doświadczenia wykazują korzystną zmianę ciśnienia tak przy ciśnieniu poprzednio ustalonym, jak i chwiejnym. Wyższe ciśnienie ustalone i chwiejne pod wpływem zabiegów ustala się na poziomie niższym, nie podlegającym dalszym wahaniom, wymagającym ciągłego przystosowywania się serca do zmienionych warunków krążenia. Wielka amplituda przy wysokim ciśnieniu maksymalnym i minimalnym powyżej 100 mm Hg zmniejsza się, jednakże przy przewadze dynamicznego czynnika, to jest przy obniżeniu ciśnienia minimalnego. Po kilku zabiegach następuje wyrównanie w amplitudzie pomiędzy czynnikiem dynamicznym a hamującym i poziom obu ciśnień, to jest parcia skurczowego i rozkurczowego zostaje ustalony na pewnym poziomie, na który pozostają bez większego i dłuższego wpływu dalsze zabiegi. Tę granicę obu poziomów parcia krwi uważam za optymalną w danym przypadku, zależną od możliwości wpływu na wszelkie te czynniki, które są przyczyną podwyższonego parcia krwi. W bardzo małym procencie przypadków przy dalszym działaniu w celu obniżenia ciśnienia krwi zachodzi zmiana amplitudy parcia jako wzrost wartości ciśnienia rozkurczowego, nazwana przez M u s s l e r a amplitudą krytyczną (stany hipokardii hipertonicznej, Ł u c z y ń s k i). Kilkuletnie obserwacje chorych wykazują w znacznym procencie utrzymywanie się obniżonego parcia przez szereg miesięcy w warunkach korzystnych, przy następowym leczeniu przez kilka lat (dot. obserwacja). Badania wykonano oscyllotonometrem Dr. Recklinghausena. *Scala alternas* zawsze na tej samej ręce, o jednakowej porze, w wypadkach kontrolnych na podstawie kilkakrotnych pomiarów i średnich obliczeń przy unikaniu wszelkich czynników, mogących zmienić obraz ciśnienia.

Obserwacje, d konane na sobie i osobach, które nie miały objawów podwyższenia parcia krwi stwierdziły, że powyższy zabieg działa tylko w przypadkach zaburzeń krążenia, jego działanie zaś na krzywą ciśnienia w przypadkach normalnych zmienia ją bardzo nieznacznie i na bardzo krótki przeciąg czasu (wahania 5—10 mm Hg utrzymujące się przez kilka godzin).

W przypadkach obniżonego ciśnienia krwi (hipotonii) zabieg powoduje nieznaczne obniżenie parcia minimalnego, przy następowym nieznacznym podwyższeniu maksymalnego parcia (wzrost amplitudy parcia przez przewagę czynnika dynamicznego z dojściem do równowagi z czynnikiem hamującym).

Działanie zmodyfikowanego zabiegu Hauffa w przypadkach dusznicy piersiowej.

Stosowanie zabiegu powoduje zmniejszenie się nasilenia napadu już po jednym zabiegu, po kilkakrotnym zastosowaniu zaś (co drugi dzień) w bardzo ciężkich przypadkach przez dni kilka (codziennie) napady występują rzadziej, aż do zupełnego ustąpienia po trzecim lub czwartym zabiegu. W ciężkich przypadkach, w których najmniejsza przyczyna wywołuje napad, nawet przy zupełnym spokoju, po 1—2 zabiegach chorzy czują się bardzo dobrze, gdyż sami stwierdzają zwiększenie sprawności fizycznej, której dowodem jest możność wykonywania wysiłków fizycznych. W lekkich przypadkach, w których napad jest bardzo słaby i powstaje dopiero po zadziałaniu silnej przyczyny, chorzy, prowadzący umiarkowany tryb życia, już po pierwszym zabiegu są wolni przez szereg dni od napadów. U chorych, w których potne kąpiele nie są wskazane, przez zastosowanie kilkakrotne zabiegu, można umożliwić ich stosowanie. Chorzy odczuwający postęp leczenia, stają się mniej wrażliwi na wszelkie bodźce szkodliwe. Znaczną ulgę przynosi im odciążenie organizmu z powodu zaprzestania zażywania leków i braku obawy przed napadami. W przypadkach podwyższonego parcia krwi, krzywa ciśnienia pod wpływem zabiegów zmienia się podobnie jak w przypadkach nadciśnienia. Pomimo obniżenia parcia krwi napady znikają. W przypadkach parcia krwi utrzymującego się w granicach fizjologicznych lub nieco niższych, krzywa jego nie zmienia się wybitniej przy ukształtowaniu się amplitudy parcia w najkorzystniejszych warunkach. Dotychczasowe obserwacje wykazują, że napady dusznicy ustępują przeciętnie po zastosowaniu trzeciego do czwartego zabiegu, a po zastosowaniu co drugi dzień dalszych kilku zabiegów, przy umiarkowanym trybie życia nie pojawiają się do kilku miesięcy, nawet przy warunkach sprzyjających ich powstaniu.

Stosowanie: Zmieniony zabieg H a u f f a musi być ściśle kontrolowany i zależny od wyników szczegółowych badań, robionych kilkakrotnie przed zabiegiem, w czasie zabiegu i po zabiegu. Pełny wynik zależy od sumowania się zmian, powstających pod wpływem zabiegu. Na pierwszym planie jest wywołanie rozszerzenia naczyń powierzchownych i głębokich całego obwodu, na drugim planie działanie napotne. W przypadkach, w których chodzi głównie o działanie odruchowego rozszerzenia naczyń krwionośnych bez obawy przegrzania organizmu, można stosować zabieg do granicy, powyżej której występują poty. Nie można się jednak posługiwać żadnym schematem, gdyż wiadomo, że nawet na ten sam bodziec organizm może różnie oddziałać. W przypadkach, w których chodzi o działanie całkowite i utrwalenie wyników działania, o ile tylko jest możliwe, staramy się zwiększyć siłę bodźca; prócz rozszerzenia naczyń krwionośnych uzyskuje się dość silne poty przy działaniu skóry jako gruczołu wewnątrzwydzielniczego, dzięki któremu uzyskuje się przedłużenie działania zabiegu. W zależności od celu do jakiego zmierzamy, stosujemy zabieg w pierwszym przypadku o ciepłocie dochodzącej przeciętnie 40—42°, w drugim przypadku o ciepłocie dochodzącej niejednokrotnie powyżej 45°, z wahaniami osobniczymi, aż do ciepłoty 52°.

W przypadkach nadciśnienia nie potrzeba się obawiać oparzeń, gdyż skóra w tych przypadkach jest bardzo odporna, dzięki składnikom borowiny, i w innych przypadkach nie zachodzą oparzenia. Podwyższanie ciepłoty zabiegu winno opierać się na szczegółowej obserwacji w czasie stosowania kilku początkowych zabiegów. Obserwacja winna uwzględnić zarówno stan podmiotowy i przedmiotowy chorego zwłaszcza zmiany ciśnienia, tętna, oddechu.

W przypadkach, które są oporniejsze na działanie zabiegu, stosuje się ciepłotę wyższą, przy braku poprawy po kilku zabiegach dalsze stosowanie ich jest bezcelowe.

Wykonanie zabiegu musi być ścisłe, wedle prawideł kąpieli o wzrastającej ciepłocie. Zabiegi najlepiej należy wykonywać w sposób następujący: w kąpieli należy zanurzyć rękę, przedramię i ramię do połowy wysokości, najkorzystniej na przemian rękę prawą i lewą, albo nogę lewą lub prawą. Początkowa ciepłota kąpieli wynosi 37—38°, przez stopniowy dopływ wody gorącej po upływie około 10 minut ma być maksymalną. Zabieg trwa przeciętnie 20—30 minut, zależnie od samopoczucia chorego; w razie złego znoszenia zabiegu stosuje się go z początku przez czas krótszy, następnie zależnie od stanu chorego, można ten czas przedłużyć. W przypadkach stosowania niższej ciepłoty zabieg można wykonywać codziennie. Częstsze stosowanie zabiegu o wyższej ciepłocie, jak również przedłużanie czasu jego trwania powyżej 30 minut, jest bezcelowe. Liczba stosowanych zabiegów zależy od przypadków. Bezwzględnie należy zaprzestać dalszego

stosowania, jeżeli przedmiotowe objawy po osiągnięciu poprawy po następnych 2—3 zabiegach nie przemawiają za dalszym stosowaniem zabiegu. Dalsze stosowanie pomimo poprawy podmiotowego stanu może doprowadzić do hipokardii hipertonicznej (w przypadkach nadciśnienia), która zaznacza się zmianą amplitudy parcia przez podwyższenie się parcia rozkurczowego. Do wykonania zabiegu należy używać najlepszej borowiny, którą po silnym ogrzaniu rozrabia się z wodą na masę papkowatą. Do wszystkich zabiegów używana była najlepsza borowina w Polsce z Morszyna-Zdroju. Do zabiegów najlepiej używać specjalnych wanienek drewnianych wedle podanego opisu, zaopatrzonych w dwa kontrolne ciepłomierze i drabinkę, oddzielającą dolną część wanienki, do której doprowadza się gorącą wodę. W razie gdy zabieg wykonuje się w łazience, to łączy się z siecią instalacyjną przewód doprowadzający wodę gorącą i odprowadzający nadmiar wody z wanienki, w przeciwnym razie muszą być odpowiednie urządzenia dodatkowe. Urządzenia instalacyjne zastępuje wiadro na wodę zużytą i kociołek umieszczony nad palnikiem.

Bezpośrednio po ukończeniu zabiegu należy chorych opłukać ciepłym natryskiem tak z borowiny, jak z potu, następnie należy ich owinąć kocem na pół do trzy czwarte godziny. Chorzy, otrzymujący zabieg w łóżku, winni mieć opłukaną rękę ciepłą wodą. Bieliznę i pościel nasiąkniętą potem należy zmienić. W końcu należy pamiętać, że powyższe leczenie w miarę potrzeby należy uzupełniać. Do uzupełnienia leczenia mają służyć inne zabiegi fizykalne, leczenie dietetyczne i farmakologiczne.

Leczenie następowe: w przypadkach uporczywych, zależnie od przedmiotowego stanu chorego, wskazane jest powtórzenie zabiegów. Powtórzenie kilku zabiegów w ciągu roku przy umiarkowanym trybie życia usuwa dolegliwości i zachowuje poprawę ogólnego stanu przez szereg lat. W przypadkach lżejszych przystosowanie trybu życia, poprawa warunków higienicznych i zachowanie wskazań dietetycznych utrzymuje trwale stan poprawy, bez potrzeby uciekania się do środków farmakologicznych. W następowym leczeniu hipertonii ma ważne znaczenie zastosowanie soli morszyńskiej. Nie wchodząc w szczegóły jej działania, gdyż przekracza to zakres niniejszej pracy, należy stwierdzić jej nadzwyczajne działanie w przypadkach zaburzeń krążenia, połączonych z nadciśnieniem, dusznicą bolesną, itp. Moje kilkuletnie obserwacje wskazują na bardzo korzystne działanie soli morszyńskiej, podawanej nawet u osobników, posiadających regularne wypróżnienia. W tych przypadkach zaleca się chorym picie wody ze źródła Bonifacego w Morszynie 1—2 razy w tygodniu (na czczo) przy zachowaniu w powyższym dniu diety niedrażniącej. Następstwem działania wody ze źródła Bonifacego w Morszynie jest wypróżnianie przewodu pokarmowego i działanie przeciwgnilne. Dzięki powyższemu działaniu przewód pokarmowy pozbywa się nadmiaru histaminy, która może wywołać wzrost działania adrenaliny. Bardzo duże znaczenie w przypadkach ciężkich ma zachowanie diety głodówkowej przez jeden do kilku dni w miesiącu. Bez większego znaczenia jest rodzaj diety, czy to będzie dzień owocowy, mleczny, jarzynowy lub kombinowany. W powyższych dniach chorzy powinni ograniczyć wszelkie wysiłki. Musi się przyznać, że powyższy sposób leczenia daje lepsze wyniki, jak upusty krwi itp. zabiegi, mające poprawić krążenie. W przypadkach, w których powyższy sposób leczenia nie daje wyniku, co jest sprawdzianem daleko posuniętych zmian utrudniających wyrównanie krążenia, należy stosować leczenie farmakologiczne. W tych przypadkach, niestety, leczenie to w znacznym procencie (przewlekłych schorzeń) daje tylko przejściową poprawę.

Wskazania na podstawie działania bezpośredniego.

Zastosowanie zabiegu jest wskazane we wszelkich postaciach podwyższonego parcia krwi, schorzeń powodujących zmiany w mięśniu sercowym (przewlekłe zapalenie), również w postaciach świeżych, zaburzeniach przewlekłych dusznicy bolesnej i *dysbasia intermittens* z wyjątkiem przypadków znacznego uszkodzenia samych naczyń krwionośnych serca oraz zaburzeń w działaniu czynników mających regulować w organizmie korzystne warunki krążenia.

Zastosowanie zabiegu na podstawie działania pośredniego.

Przez zwiększenie sprawności całego organizmu rozszerza się znacznie zakres lecznictwa. Umożliwia się zastosowanie innych zabiegów, bez zastosowania których chory nie mógłby odzyskać zdrowia.

Przez poprawę krążenia krwi i działanie napotne (z wyjątkiem gruźlicy) ustępują stany zapalne, przewlekłe nieżyty dróg oddechowych itp., narządy zaczynają odzyskiwać sprawność, czego dowodem jest zwiększenie sprawności całego organizmu. Poprawa krążenia i przemiany materii wpływa na poprawę czynności ośrodków regulujących, przez celowe ich nastawienie na działanie bodźców i wzajemne współdziałanie. Przy zwiększonej wrażliwości i bezsenności następuje poprawa snu i samopoczucia. Poprawę uzyskuje się w nerwicach wegetatywnych, neurastenii, deliriach.

Przy pomocy powyższego zabiegu można rozszerzyć sposoby leczenia doskórnego. Przez rozszerzone naczynia krwionośne zanurzonej ręki w czasie zabiegu możemy spowodować wchłonienie ciał uzupełniających kąpiel, a to preparatów salicylowych itp. Dzięki rozszerzeniu następowemu naczyń obwodowych możemy zwiększyć powierzchnię wchłaniania przez zastosowanie dodatkowych wcierań tychże preparatów w postaci maści itp. w inne części ciała. Z dotychczasowych badań okazało się bardzo korzystnem działanie Salenu, Atochinolu i Klerolu.

Zestawienie.

Wprowadzenie do lecznictwa zmienionego zabiegu Hauffa rozszerza nie tylko lecznictwo fizykalne, lecz zwiększa możliwości ogólnego lecznictwa. Porównanie jego działania z kąpielami pełnymi i innymi zabiegami winno się przyczynić do wszczęcia nowych badań, wyświetlających wiele objawów, dotąd niezupełnie zrozumiałych.

Wyniki powyższego lecznictwa winny zwrócić uwagę na doniosłość skóry, jako narządu wewnątrz-wydzielniczego, którego czynność możemy dość ściśle regulować, doborem tak jakościowym jak i ilościowym odpowiednich bodźców. Rozszerzenie naczyń krwionośnych, jako następstwo działania powyższego zabiegu umożliwia leczenie doskórne.

Jego działanie warunkuje przede wszystkim poprawę w krążeniu krwi, przy korzystniejszych warunkach pracy serca. Poprawa krążenia powoduje ustąpienie niedomagań narządów wewnętrznych. Niezależnie od krążenia poważną rolę odgrywają czynniki humoralne, pod wpływem których następuje drogą bezpośrednią lub pośrednią nie tylko zmiana bodźców regulujących krążenie, lecz także czynność narządów wewnątrz-wydzielniczych, regulujących pracę narządów wewnętrznych i umożliwiających im w zależności od doznanych uszkodzeń, powrót do najkorzystniejszych warunków pracy.

Zachowanie pomyślnych wyników powyższego leczenia fizykalnego winno być oparte na współdziałaniu ogólnego lecznictwa, w szczególności leczenia dietetycznego, z uwzględnieniem indywidualnego dostosowania warunków higienicznych.

Przy wyborze następowego leczenia winniśmy unikać wszelkich schematów i nie utrzymywać naszych chorych w obawie, że wszystko im może zaszkodzić prócz powietrza. Wyniki lecznicze są tym większe, im mniej uświadamiamy chorych o ich chorobie przez wprowadzenie daleko posuniętych ograniczeń.

Tablica I.

Liczba ogólna badanych przypadków: 59.

Liczba pozostających w obserwacji:

około 5 tygodni	42
„ 1 roku	5
„ 2 lat	9
„ 3 lat	3

Tablica II.

Rodzaj schorzeń i wiek badanych		od lat 35—50	50 75	Kobiet	Mężczyzn
1. Nadciśnienie czyste	13 przyp.	10	3	4	9
2. Nadciśnienie z przewlekłym zapaleniem nerek	1 „	—	1	—	1
3. Nadciśnienie z zapaleniem chronicznym mięśnia serc.	27 „	2	25	4	23
4. Nadciśnienie w okresie przejściowym	6 „	5	1	6	—
5. Nadciśnienie ze znacznym wypukleniem i miażdżycą tętnicy głównej	3 „	2	1	—	3
6. Nadciśnienie z niemiarowością serca	1 „	—	1	—	1
7. Dusznica bolesna	5 „	2	3	3	2
8. Nadciśnienie przy kile	3 „	1	2	—	3

Ze względu na konieczność streszczania się, podaję tylko kilka protokołów badań zachowania się ciśnienia krwi.

Mężczyzna C., lat 75. Rozpoznanie: Nadciśnienie, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego.

Przed zabiegiem m. H. 220/110 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg.
Po I zabiegu m. H. 195/100 mm Hg. Amplituda: 95 mm Hg.
Na 3 dzień 195/95 mm Hg. Amplituda: 100 mm Hg.
Po II zabiegu (4 dzień) m. H. 190/80 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg.
5 dzień 195/90 mm Hg. Amplituda: 105 mm Hg.
Po III zabiegu (6 dzień) m. H. 180/90 mm Hg. Amplituda: 90 mm Hg.
7 dzień 190/95 mm Hg. Amplituda: 95 mm Hg.
Po IV zabiegu m. H. 175/80 mm Hg. Amplituda: 95 mm Hg.
Po XVI zabiegu m. H. 165/55 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg.
Po upływie roku:
Przed zabiegiem 175/65 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg.
Po I zabiegu m. H. 165/55 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg.
Po VII zabiegu m. H. 160/50 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg.
W 3 roku 170/65 mm Hg. Amplituda: 105 mm Hg.

Badany czuje się zupełnie zdrów i pracuje zawodowo. W okresach wolnych od zabiegów zachowywał odpowiednią dietę i zażywał na czczo sól morszyńską 1 raz w tygodniu.

Przyp. 42. Mężczyzna lat 65. Rozpoznanie: Nadciśnienie, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego.
Przed zabiegiem 210/75 mm Hg. Amplituda: 135 mm Hg. Tętno: 82'.
Przy zupełnym spoczynku (przez jeden dzień) 200/70 mm Hg. Amplituda: 130 mm Hg. Tętno: 82'.
Po I zabiegu m. H. 195/55 mm Hg. Amplituda: 140 mm Hg. Tętno 82'.
Na 2 dzień po kąpieli solankowej ciepl. oboj. 200/55 mm Hg. Amplituda: 145 mm Hg. Tętno: 64'.
Po II zabiegu m. H. 200/55 mm Hg. Amplituda: 145 mm Hg. Tętno: 68'.
Po III zabiegu m. H. 190/55 mm Hg. Amplituda: 135 mm Hg. Tętno: 64'.
Po okładzie borowinowym na okolice wątroby 215/65 mm Hg. Amplituda: 150 mm Hg. Tętno: 68'.
Po dniu owocowym 185/55 mm Hg. Amplituda: 130 mm Hg. Tętno: 70'.
Po IV zabiegu m. H. 170/55 mm Hg. Amplituda: 115 mm Hg. Tętno: 72'.
Po V zabiegu m. H. 175/60 mm Hg. Amplituda: 115 mm Hg. Tętno: 70'.
Po kąpieli solankowej 170/55 mm Hg. Amplituda: 115 mm Hg. Tętno: 88'.
Po zabiegu VI m. H. 155/55 mm Hg. Amplituda: 100 mm Hg. Tętno: 82'.

Po przebyciu powyższego leczenia przez rok pełnił obowiązki zawodowe nie odczuwając żadnych dolegliwości.
Po upływie jednego roku przed zabiegiem 165/55 mm Hg. Amplituda: 110 mm Hg. Tętno: 82'.
Po II zabiegu m. H. 160/55 mm Hg. Amplituda: 105 mm Hg. Tętno: 68'.

Poza powyższym leczeniem zachowywał odpowiednią dietę i zażywał sporadycznie sól Morszyńską.

Przyp. 45. Mężczyzna, lat 52. Rozpoznanie: Nadciśnienie czyste.
Przed zabiegiem 235/65 mm Hg. Amplituda: 170 mm Hg. Tętno: 84'.
Po pięciu kubłach borowinowych na nogi o stałej ciepłocie 40—44° 225/75 mm Hg. Amplituda: 150 mm Hg. Tętno: 88'.
Na czczo kubek 200 g hipertonicznej wody gorzkiej Morszyńskiej 195/65 mm Hg. Amplituda: 130 mm Hg. Tętno: 84'.
Po I zabiegu: m. H. 165/60 mm Hg. Amplituda: 105 mm Hg. Tętno: 82'.

Po 4 zabiegach stosowanych co drugi dzień objawy chorobowe ustąpiły zupełnie.

Na 59 przypadków jeden przypadek przewlekłego zapalenia nerek połączonego z nadciśnieniem nie dał poprawy, pozostałe przypadki uległy znacznej poprawie.
Badania EKG. Mężczyzna lat 46.
Badanie EKG przed zabiegiem: Tętno rytmiczne: 75 uderzeń na minutę. PQRST: wykazuje obraz prawidłowy tak co do kształtu poszczególnych odcinków krzywej, jakoteż co do czasu przewodnictwa.
P—Q: 0.17 sek., QRS: 0.05 sek., QT 0.35 sek.
EKG bezpośrednio po zabiegu: tętno rymiczne 75 uderzeń na minutę.
PQ: 0.15 sek., QRS: 0.05 sek., QT: 0.35 sek.

Na pozór wydawałoby się, że brak jest jakiejkolwiek różnicy w stanie chorego a tym samym wpływu korzystnego działania zabiegu na serce. Przy szczegółowej analizie i porównaniu obu EKG musimy stwierdzić, że przerwy pomiędzy zespołami przedsionkowo-komorowymi bezpośrednio po zabiegu są prawie zupełnie regularne, przed zabiegiem zaś wykazują dużą różnicę. Powyższy objaw wskazuje na kształtowanie się bardziej racjonalnej pracy serca w następstwie zabiegu.

Zestawienie wyników badania EKG.

Badania w innych przypadkach wykazały również wpływ zabiegu na bardziej korzystne kształtowanie się pracy serca, ustępowanie niemiarowości tętna i cech EKG charakterystycznych dla bolesnej dusznicy.

Badania moczu: znikanie białka, zmniejszenie się ilości leukocytów, znikanie wałeczków szklistych i ciałek czerwonych, zmniejszenie się ilości urobiliny w przypadkach zastoinowych. Duże znaczenie ma również zwiększenie się pracy nerek, odzwierciedlające się korzystnym wydalaniem moczu przy optymalnym ciężarze właściwym.

Piśmiennictwo:

1) Hauff: Physiologische Grundlagen d. Hydrotherapie. — 2) Pamiętnik I Zjazdu Lekarskiego w Krynicy. — 3) Pamiętnik III Zjazdu Lekarzy w Krynicy. — 4) P. G. L. Nr. 24 i 25. 1931. — 5) Kowalski: Zasady wodolecznictwa. — 6) Sabatowski A.: Fizjoterapia przewlekłych schorzeń narządu krążenia. — 7) Fizjologia człowieka. Wydawnictwo zbiorowe pod redakcją Becka i Cybulskiego. — 8) Durig: Über Blutdruck und Blutdruckmessung r. 1932. — 9) Therapie der Gegenwart. Styczeń 1931. — 10) Laquer: Die Praxis d. physikalischen Therapie. — 11) Virch. Arch. Listopad 1930. — 12) Sabatowski: Klimato- i hydroterapia. — 13) Smoleński: Hydroterapia. — 14) Buchsbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie. — 15) Żniniewicz: Wodolecznictwo a nerwy. Poznań 1930. — 16) Münch. med. Wochenschr. 37. 1934. — 17) Heilquellen und Heilklima, dzieło zbiorowe wydane przez Lamperta w r. 1934. — 18) Polski Almanach Uzdrowisk 1934. — 19) Franke M.: Diagnostyka chorób narządu krążenia. — 20) Boden E.: Elektrokardiographie. 1934. — 21) Neue deutsche Klinik. B. II, IV, V. — 22) Internationaler Ärztlicher Fortbildungskursus. Karlsbad 1931. wyd. 1932. — 23) Spezielle Pathologie u. Therapie inn. Krankheiten. Bd. IV u. V. „Herzkrankheiten" 1925. — 24) Zeitschr. f. die ges. physikalische Therapie 1933. T. 42. Z. 1, 2, 5. Tom 43. Z. 2, 5, 6. Tom 44. Z. 1, 2, 3, 4, 5, 6. — 25) Laquer: Perkutane Therapie. Neue Deutsche Klinik 1934. T. 12.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 19. 1936. Grott J. W.: Cukromocz i cukrzyca w raku trzustki. — Krzemiński M.: Patogeneza i klinika wągrzycy ośrodkowego układu nerwowego. — Chmielewska-Trenkner A.: Działanie moczopędne novuritu w czopkach. — Rafałowski J.: Kilka uwag o leczeniu histydyną.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 38. 1936. Salitówna E.: Próba uzasadnienia stosowania leczniczego wód mineralnych alkalicznych i słonych. — Faragó A. i Haszler K.: Wpływ promieni X na czynności komórek hodowanych sztucznie. — Raciążek G.: Przypadek samoistnej przepukliny płucnej. — Kermisz J.: Lekarze i aptekarze w Lublinie na schyłku dawnej Rzeczypospolitej (dok.). — Mikułowski Wł.: O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej (dok.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 41. 1936.

Zdrowie Publiczne. Nr. 9. 1936. Fiećko W.: Zasady, normy i koszty żywienia w szpitalach. — Melanowski W. H.: Zagadnienie pożaru w szpitalach. — Fogelson S.: Noworodki martwe z porodów wielorakich. — Kirkor T.: Działalność Oddziału Hydrologicznego w piętnastoletnim rozwoju 1921—1936 r.

Ginekologia Polska. T. XV. Z. VII—VIII. 1936. Petrusewiczowa M.: Dyspareunia czyli brak orgazmu u kobiety. — Stöckl E.: O leczeniu hormonalnym niedomogi jajnikowej ze szczególnym uwzględnieniem wyników leczniczych po stosowaniu „Oestriny" — Zaleski W.: O wynikach wszczepiania zapłod-

nionych jaj u króliczek. — L e n c z o w s k i J. i M e i s e l s E.: Przerzuty kostne raka macicy i złośliwych nowotworów jajników. — S z y g o w s k i L.: Ciąża przenoszona. — P r z e w o r s k i B.: Obustronny brak nerek, moczowodów, naczyń nerkowych oraz pęcherza u noworodka. — D ł u g i H.: Przegląd piśmiennictwa o rzucawce za rok 1934 i 1935. — S e r i n i M.: Śmiertelność po operacjach położniczych na zasadzie piśmiennictwa ostatniego 10-lecia.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 10. 1936..

Prasa Lekarska. Nr. 10. 1936. R o g e r H.: Rokowanie w neurologii. — E v a n s G.: Stwardnienie tętnic. — C o h e n H.: Stan grasiczo-chłonny. — G a e h l i n g e r H.: Łykawica (aerophagia), wzdęcia, fermentacja. Kilka uwag. — M o r a c z e w s k i W.: Leczenie chorób nerkowych (monografia lekarska dla lekarzy-praktyków).

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 19. 1936.

OCENY.

Die Karlsbader Kur im Hause. O. SIMON. Wyd. J. Springer. Wien 1936. Str. 102.

Wzorowo napisana broszura propagandowa dla lekarzy obejmuje pogląd ogólny na przyrodę i farmakodynamikę wód karlsbadzkich a następnie szczegółową metodykę leczenia tymi wodami i solą karlsbadzką przewlekłego nieżytu żołądka i wrzodu, kamicy żółciowej i nerkowej, chorób jelita grubego, dny, cukrzycy, otyłości i chorób skórnych. Szczegółowo opisana jest dietetyka tych chorób i dawkowanie wody karlsbadzkiej. Podobne wydawnictwa dotyczące naszych wód byłyby bardzo na czasie.

A. Sabatowski (Lwów).

O wrzodzie żołądka. (Studium kliniczno-doświadczalne). LEO JARNO. Część histologiczna w opracowaniu Doc. Dr. G. E r ö s'a. Wyd. Urban-Schwarzenberg. 1936.

Mimo wielu prac klinicznych i doświadczalnych, zagadnienie patogenezy wrzodu trawiennego żołądka nie zostało należycie wyświetlone. Autor powyższej książeczki stoi na stanowisku, że ważną rolę należy tu przypisać zaburzeniom czynnościowym w zakresie urządzeń ochronnych błony śluzowej żołądka. Zapatrywania swe opiera autor na własnych doświadczeniach dotyczących trawienia błony śluzowej żołądka przy pomocy standaryzowanego soku żołądkowego. Przewlekłość wrzodu ma być uwarunkowana istniejącym prawie zawsze podłożem neuropatycznym.

Książki powyższej nie można nazwać monografią. Jest ona raczej wykładem oświetlającym z punktu widzenia autora sprawę patogenezy wrzodu żołądka. Zawiera poza tym pewne wskazówki praktyczne dotyczące leczenia.

E. Michałowski (Lwów).

Problematy żywienia. LIGA NARODÓW. 4 Tomy. Genewa. 1936.

W czterech po sobie następujących tomach Liga Narodów wyłożyła zasady żywienia i sposoby zapobiegające niedożywieniu. W pierwszym tomie zajmują się wogóle zasadami żywienia i podnoszą ten szczegół, że często niedożywienie występuje nie tylko wskutek braku odpowiednich środków, ale także wskutek nieświadomości. Dlatego w drugim rozdziale zebrano zasady racjonalnego żywienia dla matek, dzieci, młodzieży szkolnej, żołnierzy i dorosłych. W następnych rozdziałach omówione jest żywienie dla pracujących, i prawa obowiązujące należyte karmienie pracowników. Wreszcie w następnych rozdziałach zaznaczono stosunek jaki wiąże rolnictwo z tymi zagadnieniami.

W drugim tomie podane są sposoby żywienia i wartość poszczególnych potraw i składników. Tom ten omawiany już był na łamach Polskiej Gazety Lekarskiej.

Trzeci tom poświęcony jest sposobom żywienia w rozmaitych krajach i produktom żywności najczęściej używanym, przy czym uwzględnione bywa żywienie w czasie strejku, albo w dzielnicach zamieszkałych przez uboższą ludność. Dalsze rozdziały poświęcone są omawianiu sposobów, którymi rzad stara się zapobiegać niedożywianiu, naprzód matek, potem dzieci w wieku szkolnym, wreszcie strejkującym. Osobne rozdziały poświęcone są omawianiu karmienia w wojsku i w marynarce. W piątym rozdziele wyłuszczone są sposoby dostarczania produktów żywności po cenach niskich. Po tym sposoby zapobiegające fałszowaniu lub wyzyskom. Wreszcie w ostatnim rozdziale zebrane są sposoby wykształcenia i propagandy racjonalnego żywienia.

Ostatni tom zawiera statystyki wytwarzania i spożywania produktów żywności w rozmaitych państwach. Dzieło to powinno znaleźć jak najszerszą popularność tym bardziej u nas, ze względu na to, że sprawozdania nasze i statystyki zajmują bardzo skromną ilość danych w porównaniu ze statystykami i danymi innych państw.

W. Moraczewski (Lwów).

Mechanismus der Tuberkuloseimmunität. (Mechanizm odporności w gruźlicy). PH. SPANIER. Odessa Inst. Tuberk. Forsch.

Monografia ta ma na celu wyjaśnienie przyczyn odporności w związku ze zmianami kształtu prątków Kocha, jakie w ustroju zachodzą. W piętnastu rozdziałach autor omawia sprawy rozbicia, czyli częściowego rozpadu prątków i z naciskiem podkreśla, że właśnie ten rozpad jest źródłem tworzenia ciał odparniających i alergicznych odczynów. Rozpad ten autor przypisuje głównie komórkom ustroju i prątkożerczym ciałkom, nie sokom. Między innymi ciała nukleinowe należą do czynników wpływających na rozbicie prątków. Wnioski autora streszczają się w następujących tezach: odporność gruźlicza jest przeważnie natury komórkowej (histiogen), humoralny wpływ wydaje się podrzędny. Obok wydzielania prątków i ustalania, ważną rolę odgrywa rozkład prątków. Rozbicie to może zachodzić zarówno w komórkach, jak pozakomórkowo i jest rodzajem trawienia. Procesy trawienia odbywają się powoli i zmiany kształtu prątków dają się zazwyczaj rozpoznać. Równolegle ze zmianami kształtów zachodzą zmiany jadowitości. Z komórek pozatkankowych główną czynność wykonują białe ciałka typu makrofagów. Rozbicie prątków odbywa się gwałtowniej w ustroju odpornym, niż w ustroju skłonnym do gruźlicy, natomiast w ustroju zakażonym odbywa się gwałtowniej niż w ustroju zdrowym. Rozbicie poza ustrojem *(in vitro)* daje się uskutecznić za pomocą związków nukleinowych i związanych z nimi zacierów. Zdaje się, że produkty rozkładu *Tbc.* odgrywają ważną rolę w sprawie alergii. Ważnym jest wyrażone przypuszczenie, że nabyta odporność nie tyle zależy od obecności prątków gruźliczych w ustroju, ile od procesu ich rozbicia. Brutalne rozbicie *Tbc.* często używane dla uodpornienia nie wydaje się korzystne, bo prowadzi do zwyrodnienia ciał czynnych; należy w tym celu posługiwać się sposobami biologicznymi, tj. częściowym trawieniem, jakie w ustroju zachodzi. W ten sposób otrzymane produkty mają pewne własności uodparniające i osłabiają wpływ następnych zakażeń. Otrzymane poza ustrojem za pomocą preparatów nukleinowych lub nukleolitycznych zacierów ciała, mają wyraźnie charakter antygenu i odchylają dopełniacz w surowicy gruźliczych zwierząt i ludzi. Badanie zmiany kształtów prowadzić może do nowych sposobów leczenia i zapobiegania gruźlicy.

Wymienione powyżej wnioski wykazują wielką doniosłość monografii dla badań spraw gruźliczych.

W. Moraczewski (Lwów).

IX Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. Varsovie 4—6. IX. 1934.

Opuściło prasę oficjalne sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego, który się odbył we wrześniu 1934 r. w Warszawie. Zawiera ono na 870 stronach, poza częścią administracyjną, wykazem uczestników, opisem wycieczki i przemówieniami delegatów różnych państw na uroczystości otwarcia i zamknięcia Zjazdu, referaty główne i bardzo liczne przemówienia dyskusyjne w języku, w jakim zostały wygłoszone.

W Polskiej Gazecie Lekarskiej (Nr. 47 z r. 1934) przedstawiłem już pobieżnie przebieg Zjazdu. Obecnie, być może, nie będzie rzeczą zbyteczną przypomnienie referatów głównych, które w omówionym sprawozdaniu są oddane w całości wraz z licznymi rycinami i tablicami:

1) Temat biologiczny: Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego — ref. Doc. Dr. K a r w a c k i (Polska),

2) Temat kliniczny: Postacie kliniczne gruźlicy kości i stawów — ref. Prof. Dr. P u t t i (Włochy),

3) Temat społeczny: Zużytkowanie poradni w leczeniu gruźlicy — ref. Prof. Dr. B e r n a r d (Francja).

Dla badaczy, zajmujących się sprawami poruszonymi na Zjeździe, przedstawia omawiane wydawnictwo ze względu na szczególne kompetencje referentów i bardzo licznych, o najrozmaitszych poglądach, uczestników Zjazdu zabierających głos w dyskusji — niezmierną wartość. Dlatego należy się wdzięczność Polskiemu Związkowi Przeciwgruźliczemu za wydanie tak szczegółowego sprawozdania, a p. Dr. S k o k o w s k i e j-R u d o l f o w e j i Dr. M. G r o d e c k i e m u, Sekretarzom Zjazdu, za wielki trud w przygotowaniu i opracowaniu materiałów zjazdowych.

St. Hornung (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Przytarczyca a cukrzyca. J. OLMER i J. E. PAILLAS. Presse Méd. Nr. 73. 1936.

Autorowie podają obserwacje kilku przypadków cukrzycy, w których wstrzykiwali hormon przytarczyc. Jednorazowy zastrzyk dożylny obniża poziom cukru we krwi, po wielokrotnych zastrzykach stwierdzali nawet trwały spadek cukru. Działanie tego hormonu nie jest bezpośrednie, ponieważ zastrzyk do izolowanej kończyny nie wpływa na poziom cukru. Prawdopodobnie działa on na wysepki Langerhansa pobudzając je do rozrostu. Możnaby przeto przy dłuższym stosowaniu parahormonu wywołać powrót normalnej czynności wydzielniczej trzustki.

Skowroński (Lwów).

Zaburzenie przemiany węglowodanowej i żółciowej przy ogólnym i miejscowym zakażeniu ropnym. MICHLIN, RACHMALEWICZ, OZERKOWICZ. Klinicz. Med. T. XIV. Nr. 6. 1936.

Przy ogólnym zakażeniu ropnym stwierdza się wyraźne i trwałe zaburzenie przemiany węglowodanowej i żółciowej, jako wyraz wzmożonej hemolizy i porażenia czynności wątroby. Przy zakażeniu ropnym miejscowym, zaburzenia przemiany węglowodanowej i żółciowej są mniej wyraźne i bardziej przejściowe, przy czym wykazują skłonność do normalizacji przy pomyślnym zejściu schorzenia, a do bardziej ostrych przesunięć w przemianie w przypadkach uogólnienia choroby. Stwierdza się pewną współzależność pomiędzy ciężkością zakażenia ropnego a poziomem cholesteryny we krwi.

Badanie stanu czynnościowego wątroby przy zakażeniu ropnym posiada duże znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne.

M. Segal (Lwów).

Wycięcie tarczycy w dusznicy bolesnej. M. BERARD, E. C. CUTLER i M. PIJOAN. Presse Méd. Nr. 66. 1936.

Autorowie starali się wykazać jaki jest mechanizm działania tej operacji na dusznicę. Z 9 przypadków mieli kliniczne wyleczenie w ośmiu. Tłumaczą dobre wyniki lecznicze takiego zabiegu nie przez przecięcie nerwów sympatycznych, ale przez zahamowanie nadnerczy. Dowodzi tego odmienny sposób oddziaływania takich chorych po operacji na zastrzyk adrenaliny lub insuliny. Badania z adrenaliną przeprowadzone przez Levine'a wykazały, że chorzy dusznicowi po operacji bardzo nieznacznie oddziaływali na zastrzyk adrenaliny. Autorowie zamiast adrenaliny wstrzykiwali dożylnie 25 jednostek insuliny, wywołując niedocukrzenie i badając w tym czasie ciśnienie krwi. U chorych oraz w doświadczeniach na zwierzętach zastrzyk taki wywołuje zmiany w ciśnieniu jak po adrenalinie i wskazuje na zdolność organizmu wyrzucania jej do krwiobiegu. Po operacji wycięcia tarczycy zastrzyk insuliny — mimo obniżenia cukru — nie powodował wyraźnych zmian w ciśnieniu krwi, wobec tego autorowie przyjmują, że wycięcie tarczycy działa leczniczo wskutek zahamowania czynności nadnerczy. *Skowroński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Uwagi o obecnych tendencjach w leczeniu gruźlicy płuc. H. BARTH. Presse Méd. Nr. 52. 1936.

Autor omawia dawniejsze kierunki w leczeniu gruźlicy i obszerniej przedstawia leczenie higieniczne i dzisiejsze lecznictwo uciskowe oraz chirurgiczne. Podczas gdy w gruźlicy innych narządów zwyciężył kierunek zachowawczy, to w gruźlicy płuc w dążeniu do uzyskania ucisku płuc postępuje się coraz to radykalniej. Choremu od chwili założenia odmy nie daje się spokoju psychicznego, ciągle się go kontroluje w celu dopełnienia odmy, następnie przeprowadza się dalsze zabiegi operacyjne (wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka). Autor nie jest zwolennikiem takiego leczenia, które może być wskazane tylko w pewnych specjalnych przypadkach. Leczenie gruźlicy płuc powinno być przede wszystkim higieniczne i farmakologiczne, przy czym należy wzmocnić odporność psychiczną, która stanowi główną obronę przeciw prątkowi Kocha. Takie leczenie przy dobrze postawionej profilaktyce nie jest tak kosztowne jak obecne leczenie sanatoryjno-odmowe i chirurgiczne.

Skowroński (Lwów).

Wartość praktyczna oznaczania cholesteryny w czasie leczenia choroby Basedowa przez naświetlanie Roentgenem. M. LÉVY i L. GALLY. Presse Méd. Nr. 57. 1936.

Autorowie podnoszą, że leczenie Roentgenem choroby Basedowa daje dobre wyniki i rzadko zawodzi, jeśli stosuje się odpowiednią technikę naświetlania a chorego obserwuje się klinicznie i przeprowadza się badania laboratoryjne. Jedną z takich metod badania laboratoryjnego jest oznaczanie cholesteryny we krwi, które często posiada większą wartość, jak określanie przemiany podstawowej. U chorych na chorobę Basedowa stwierdza się bardzo niski poziom cholesteryny, często poniżej 0,1%. W hipofunkcji tarczycy oraz w obrzęku śluzakowatym cholesteryna podnosi się nawet do 14%. Zmiany w ilości cholesteryny w przebiegu naświetlania wskazują jak czuła jest tarczyca na promienie Roentgena i pozwalają dokładniej dawkować. Wskutek tego można prędzej ukończyć leczenie, albo też w rzadkich przypadkach, kiedy takie leczenie zawodzi, można chorego oddać w ręce chirurga w takim stanie, który nie przeszkadza wykonaniu zabiegu operacyjnego. *Skowroński* (Lwów).

Własności uczulające ciał tłuszczowatych jaj kurzych. P. SAVY, P. ETIENNE-MARTIN i E. RECEVEUR. Presse Méd. Nr. 58. 1936.

Autorowie starają się wykazać, że nie tylko białko ale także tłuszcze jaja kurzego są czynnikiem uczulającym. W 5 przypadkach uczulenia na jaja przekonali się, że odczyny śródskórne wypadały pozytywnie z wyciągiem eterowym jaj, podczas gdy na białko kurze chorzy ci nie oddziaływali. Tak samo doświadczenia z uczulaniem świnek morskich wypadły dodatnio. Szczególnie wyraźne odczyny śródskórne daje frakcja tzw. protagonu, nieco inaczej oddziałuje frakcja barwikowa ciał tłuszczowatych, natomiast oddziaływanie z frakcją cholesterynową wypada zawsze ujemnie. Obraz kliniczny towarzyszący tym odczynom skórnym odpowiada zespołowi niedomogi wątroby (brak łaknienia, nudności, bóle w okolicy woreczka żółciowego i bóle głowy o typie migreny). *Skowroński* (Lwów).

Leczenie pokrzywki. K. KLARE. Hippokrates. 1936. Z. 10. Str. 285/86.

Autor przytacza przypadek, w którym u 39-letniej kobiety wystąpiła bardzo silna pokrzywka wskutek pracy przy pierwiosnkach. Po podaniu 0,02 g Efetoniny i wstrzyknięciu glukonianu wapnia pokrzywka ustąpiła całkowicie po kilku godzinach. Po kilku tygodniach pojawiła się u chorej ponownie ciężka pokrzywka po spożyciu truskawek. Po zastosowaniu tego samego sposobu leczenia pokrzywka zginęła znów natychmiast. Autor podkreśla, że nie zna dotychczas innego sposobu leczenia, po którym pokrzywka ustępowałaby tak szybko. *J. Bader* (Warszawa).

Prominal w padaczce u dzieci. F. HAMBURGER. Med. Klin. 1936. Nr. 13. Str. 415.

Autor pisze obszernie o stosowaniu Prominalu w padaczce u dzieci. Leczenie rozpoczyna się dawką 2 razy dziennie po pół tabletki rano i wieczorem, na krótko przed lub po jedzeniu. W razie braku działania zwiększa się dawkę do 2 razy po 1 tabletce. O ile napady ustąpiły, można po pewnym czasie znowu zmniejszyć nieco dawkę w ten sposób, że podaje się wieczorem całą, a rano pół tabletki; później można stosować nawet tylko 2 razy po pół tabletki. Prominal usuwał także zamroczenia padaczkowe. Działania ubocznego nie zauważono. Przede wszystkim nie występowało znużenie, a dzieci mogły bez uszczerbku wykonywać swoje czynności codzienne. Autor usilnie poleca Prominal jako bardzo cenny środek leczenia padaczki w wieku dziecięcym.

J. Bader (Warszawa).

Angina Plaut-Vincenti. E. REYE. Die Med. Welt. 1936. Nr. 21. Str. 743.

Autor, który posiada doświadczenie w stosowaniu Pyoktaniny w anginie Plaut-Vincenti, pisze ponownie o tym sposobie leczenia. W setkach przypadków uzyskiwał najlepsze wyniki przez leczenie miejscowe owrzodzenia za pomocą 5% wodnego roztworu Pyoktaniny. *J. Bader* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Masowe znieczulanie przy porodach w Instytucie położniczo-ginekologicznym w Swierdłowsku. K. FIRSOWA. Centr. Med. Żurn. Nr. 5. 1936, 736.

Stosowane są następujące kombinacje: 1) w okresie rozwierania się ujścia: morfina lub pantopon 1% — 1,0 + siarczan magnezowy 30% — 3.0 podskórnie. Po 60 minutach wodnik chloralu 10% — 10.0 z 20.0 mleka *per rectum*. Po dalszych 60 min. lewatywa z 30.0 eteru + 20.0 alkoholu + 50.0 oliwy. Do lewatywy dodaje się 0.5 *chinini brom.* W okresie wydalania lekka narkoza wdechowa eterowa lub chloroformowa. 2) Tak samo jak 1) tylko zamiast lewatywy eterowo-alkoholowej powtórnie lewatywa z wodnikiem chloralu, którą można powtórzyć po dalszych 60 minutach.

Poza tym stosowano w Instytucie znieczulenie van Head'a. Wstrzykiwano do przedniej ściany brzucha 0.5% nowokainę z adrenaliną w ilości 150—180 cm³. Czas trwania znieczulenia 2—3 godziny. Najlepiej stosować tę metodę w końcowym okresie rozwierania. Wynik dodatni uzyskano w 60.3%. Stosowano znieczulenie *n. pudendi* 0.5% nowokainą z adrenaliną w ilości 20.—40.0 po obu stronach od guzów kulszowych na 2 cm głębokości. W przypadkach przedłużających się porodów można kombinować tę metodę ze znieczuleniem van Head'a. Stosowano również zamrażanie krocza chlorkiem etylowym w okresie przerzynania się główki. Znieczulanie przy porodzie przeprowadzono w 582 przypadkach. Wyniki znieczulania: znieczulenie całkowite — 73,7%, częściowe — 22,6%, wynik ujemny — 3.7%. Znieczulano tylko przy porodzie normalnym, po uprzednim dokładnym wszechstronnym zbadaniu. *M. Segal* (Lwów).

O patologii wątroby przy zakażeniu połogowym. P. SUCHININ, A. MOROZOWA. Klinicz. Med. 1935. Str. 655—662.

U 25 chorych z zakażeniem uogólnionym *(septicaemia, septicopyaemia)* i u 6 chorych z zakażeniem umiejscowionym wykonano czynnościowe badanie wątroby metodą Pletniewa i Sokolnikowa. Badacze ci wykazali, że glukoza wprowadzona doustnie wywołuje oddziaływanie ze strony wątroby nie tylko w postaci hiperglikemii przejściowej, ale również wydalanie do krwi produktów rozpadu białka co daje się stwierdzić jako krótkotrwały wzrost polipeptydów i RN we krwi. Metodyka: u chorej pobierano krew na czczo. Następnie chora otrzymywała 100 g glukozy w 200 cm³ wody. Badano poziom cukru we krwi (metodą Hagedorna) z początku co kwadrans, następnie co pół godziny, w ciągu 4 godzin, poza tym azot resztkujący Assela i azot wielobiałkowy w modyfikacji Sokolnikowa. Różnica 2 ostatnich krzywych wykazywała frakcję polipeptydów wydalonych przez chorą wątrobę do krwi. Wnioski: zakażeniu połogowemu towarzyszy czynnościowa niedomoga wątroby, a stopień niedomogi odpowiada ciężkości przypadku. Nagłe wahania krzywej azotu polipeptydów obserwowane po obciążeniu glukozą świadczą o wzmożonym rozpadzie białka w wątrobie (znaczny stopień autolizy). Próba ta przyczynia się do głębszego poznania patologii wątroby i umożliwia ocenę ciężkości przypadku.

M. Segal (Lwów).

Badania hemostatycznego działania kwasu askorbinowego oraz jego zastosowanie w chorobach nosa, uszu i gardła. D. FILIPO. Il Valsalva. 1935. Nr. 12. Str. 678.

Na podstawie 29 przypadków, które musiały być poddane operacji w klinice chorób nosa, uszu i gardła, opisuje autor. że przy podawaniu doustnym 0,2 g, a później 0,3 g. Redoxonu codziennie, skracał się okres koagulacji i krwawienia.

Liczba płytek krwi w 60% przypadków podwyższyła się znacznie. Zatem autor poleca podawanie Redoxonu „Roche" we wszystkich przypadkach skazy krwotocznej, oraz tym chorym, których zamierza się operować. *S. Guzman.*

Leczenie Ozaeny (Acetylocholina). S. YOSHIDA i MICHIYOSHI MAKINO. Ikai Tempo. 1936, Nr. 72. Str. 10—11.

Autorzy wypróbowali Acetylocholinę „Roche" w 11 przypadkach ozeny. Zastrzykiwali oni podskórnie albo domięśniowo 0,1 g dziennie. Tworzenie się strupów zmniejszyło się. Po 3—4 zastrzykach strupy znikały. Cuchnący zapach zmniejszał się znacznie tak, jak uczucie suchości i występujące czasem bóle głowy. W przypadkach ozeny krtani uzyskiwano dobre wyniki, znikała chrypka. *S. Guzman*

Leczenie krwawień ginekologicznych za pomocą witaminy C. E. JUNGHANS. Klin. Woch. Nr. 25. 1935.

Stwierdzono, że pozajelitowe wprowadzenie do ustroju witaminy C (kwas askorbinowy) szybko hamuje krwawienia z naczyń włosowatych. Skłoniło to autora do wypróbowania witaminy C u chorej z krwawieniami ginekologicznymi. Z ogólnej liczby 35 chorych, u 20 krwawienie było na tle *climax* i *praeclimax*, u pozostałych przyczyną krwawień były sprawy zapalne przydatków, mięśniaki macicy i zmiany zapalne błony śluzowej macicy. Autor wstrzykiwał codziennie rano i wieczorem po 50 mg kwasu askorbinowego pod postacią preparatu Cebion (Merck) 2 cm³ dożylnie lub domięśniowo tak, że dawka dzienna wynosiła 100 mg. Doustnego podawania zaniechano, gdyż stwierdzono, że na resorbcję witaminy C wpływa flora bakteryjna przewodu pokarmowego. U 33 chorych krwawienia ustały czwartego, najdalej piątego dnia. U 2 chorych z krwawieniami przeklitaniowymi wynik był ujemny.

Mechanizm działania witaminy C dotychczas nie jest wyjaśniony. Autor przypuszcza, że kwas askorbinowy działa na naczynia krwionośne. Jako dowód przytacza fakt, że przy małopłytkowości samoistnej Cebion wstrzymuje krwawienie wcześniej aniżeli następuje wzrost płytek krwi we krwi. Ilość płytek krwi zaczyna się zwiększać po zupełnym ustaniu krwawienia. Autor zwraca uwagę na zupełną nieszkodliwość preparatu Cebion.

M. Segal (Lwów).

Cibalgina, jako środek przygotowawczy do znieczulenia lędźwiowego. WIESSMAN A. Zentr. f. Gyn. R. 60. Nr. 15. Str. 881 do 883. 1936.

W uniwersyteckiej klinice chorób kobiecych w Giessen jako środek przygotowawczy do znieczulenia lędźwiowego używano morfinę ze skopolaminą. Jednak alkaloidy opium są nieraz niebezpieczne, mogą spowodować zapaść, a nieraz już w małych dawkach obniżają ciśnienie krwi i osłabiają wrażliwość ośrodka oddechowego. Ponieważ już samo znieczulenie lędźwiowe powoduje obniżenie ciśnienia krwi i zmniejsza wrażliwość ośrodka oddechowego, więc przeciwwskazane jest używanie środków, które ujemnie wpływają na oddech i ciśnienie krwi. Dlatego od roku wprowadzono zamiast morfiny ze skopolaminą, Cibalginę w postaci wstrzyknięć domięśniowych i zastosowano już w 400 przypadkach zabiegów operacyjnych. Na serce, krążenie krwi i oddech ujemnego wpływu nie stwierdzono, na ciśnienie krwi działanie było minimalne, również wymioty były nieznaczne. Sposób przygotowania był następujący: Dzień przed operacją podawano lekki środek nasenny, półtorej do dwóch godzin przed zabiegiem wstrzykiwano domięśniowo 1 cm³ Cibalginy i 1 cm³ sympatolu. Pół godziny przed zabiegiem jeszcze raz wstrzykiwano 1 cm³ Cibalginy. U silnych i wrażliwych kobiet musiano pierwszą dawkę zwiększyć do 2 cm³. Takie przygotowanie powodowało lekką senność; bólu przy nakłuciu chore nie odczuwały. U starszych i osłabionych kobiet już 3/4 cm³ Cibalginy, wstrzyknięte na pół godziny przed zabiegiem było zupełnie wystarczające.

Szczególnie gorąco polecany jest powyższy sposób przygotowawczy przy cięciu cesarskim, ponieważ morfina ze skopolaminą powodowały często zamartwicę noworodków, czego przy zastosowaniu Cibalginy nie obserwowano.

F. Mikulska (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcyj do spraw szpitalnictwa oraz higieny psychicznej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 25 września 1935 roku.

Na porządku dziennym: projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie chorymi.

Przewodniczy Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Przewodniczący, zagajając zebranie, uzasadnia konieczność nowego przedyskutowania projektu.

Dr. Łuniewski referuje historię projektu ustawy, po czym odbyła się szeroka i wyczerpująca dyskusja.

Przewodniczący: *Dr. J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Protokół posiedzenia Sekcji do spraw szpitalnictwa Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 2 października 1935 roku.

Na porządku dziennym: projekt ustawy o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r., o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 382).

Przewodniczy Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

P. Radca Wojnarski uzasadnia projekt ustawy.

Projekt powyższy ma unormować 3 sprawy:

1) przyznania szpitalom publicznym prawa ulg taryfowych pocztowych w sprawach, związanych z dochodzeniem zwrotu kosztów leczenia, jakie przysługuje obecnie władzom i urzędom pocztowym;

2) nałożenia na związki samorządowe obowiązku bezpłatnego dostarczania przez nie szpitalom publicznym informacyj o miejscu zamieszkania oraz o stanie majątkowym chorych i innych osób, które mogłyby być pociągane do zwrotu kosztów leczenia szpitalnego;

3) upoważnienia Ministra Opieki Społecznej w drodze odpowiedniej zmiany przepisów art. 89 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych do rozciągania tego rozporządzenia na obszar województw południowych nie tylko w całości, ale również częściowo, tj. poszczególnych artykułów.

Rozciągnięciu powyższego rozporządzenia w całości na obszar województw południowych stoją na razie na przeszkodzie trudności, związane z koniecznością jednoczesnej zmiany tymczasowej ustawy o uregulowaniu finansów komunalnych i ustawy krajowej galicyjskiej z dnia 6. I. 1875 r. (Dz. U. Kr. Nr. 7).

Na wniosek przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wojskowych Sekcja bez dyskusji wypowiedziała się za przyjęciem w całości wyżej wymienionego projektu.

Przewodniczący: *Dr. J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół II posiedzenia naukowego odbytego dnia 31 stycznia 1936 roku.
Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Eichel *przedstawia:*

a) *chorą lat 18, u której rozpoznano wrodzone rozstrzenie oskrzeli w zakresie dolnego płatu płuca lewego.* Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone wynikiem bronchografii.

Ze względu na brak korzystnych wyników leczenia zachowawczego w dotychczas obserwowanych przypadkach rozstrzeni oskrzeli, młody wiek chorej, ścisłe umiejscowienie rozstrzeni w płacie dolnym płuca oraz dobry stan ogólny chorej zadecydowano zabieg operacyjny — lobektomię, którą wykonał Prof. Dr. Ostrowski z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. Stan chorej po zabiegu zupełnie dobry. Wszystkie objawy chorobowe tak podmiotowe, jak przedmiotowe ustąpiły.

b) *chorą l. 22, u której rozpoznano rozstrzenie oskrzeli nabyte w zakresie dolnego płatu płuca prawego jako następstwo przebytej pneumonia chron. abscedens.*

Kierując się powyżej przytoczonymi względami, zadecydowano również lobektomię. Zabieg ten wykonał Prof. Dr. Ostrowski. Referent zaznacza, że w odpowiednio ściśle dobranych przypadkach rozstrzeni oskrzeli postawienie wskazania do leczenia radykalnego pod postacią lobektomii ma swoje uzasadnienie i w ten sposób leczenie ma duże widoki powodzenia. (Streszczenie własne).

Kol. Ostrowski Tadeusz omawia wykonanie zabiegu i przebieg pooperacyjny obu powyższych przypadków.

2. Kol. Grek *przedstawia przypadek małopłytkowości pierwotnej,* dotyczący mężczyzny 21-letniego, u którego schorzenie wystąpiło przed 3 laty po raz pierwszy i po przetoczeniu krwi ustąpiło; od 6 miesięcy krwawienie z dziąseł, wybroczyny na skórze, krwiomocz. Śledziona powiększona, we krwi objawy niedokrwistości wtórorzędnej, płytek krwi 7.300. W czasie pobytu w Klinice niedokrwistość znacznie wzrasta, ciałka czerwone dochodzą do 1,381.000. Poprawę osiągnięto po zastosowaniu przetoczenia krwi. Kol. Grek omawia klinikę małopłytkowości oraz nowe sposoby leczenia, które stosowano również w przedstawionym przypadku, a mianowicie podawanie preparatu „Cebion" w dużych dawkach, które nie dało żadnej poprawy. Ze środków zwalczających krwawienie stosowano: mleko kobiece w przymoczkach, koagulen i chlorek wapniowy — bez wyniku.

3. Kol. Musiał Włodzimierz *przedstawił przypadek zespołu wątrobowo-śledzionowego przebiegający z ciężką niedokrwistością hemolityczną.*

Robotnik l. 36, ze zdrowej rodziny, potator. Od 2 lat osłabienie ogólne, gorsze samopoczucie, utrata apetytu. Nieznaczna niedokrwistość o typie nadbarwliwej z leukopenią (c. cz. 3,350.000, Hb. 76%, wskaźnik barwny 1.19). Śledziona 3 palce niżej łuku. Wątroba palec niżej łuku, o twardej konsystencji. Z prób czynnościowych wątroby zaznaczone zatrzymanie tetrachlorfenolftaleiny po 1 godz., nieco nieprawidłowy przebieg krzywej lewulozy we krwi, odczyn Takata dodatni, Weltmana 7.5, niestała urobilinuria. Po leczeniu arseno-wątrobowym poprawa.

Obraz krwi wraca prawie do normy.

Po pół roku szybki rozwój ciężkiej niedokrwistości (c. czerwonych 1,180.000, Hb. 37%, wsk. barwn. 1.68, megalocytów brak, c. białych 3.200, retikulocytów 15.6%, przeciętna średnica krwinki 7,8 μ, oporność c. czerw. 0,44—0,52% NaCl, HCl w żołądku obecny). Wątroba zmniejszyła się (do łuku), ma brzeg ostry, twardą spoistość. Śledziona większa, 6 palców niżej łuku. Brak objawów zastoju w żyle wrotnej. Po leczeniu wątrobowym poprawa, po czym w krótkim czasie, wśród objawów gwałtownej hemolizy, ponowny bardzo znaczny spadek ilości ciałek czerwonych. Hepatoterapia nie sprowadza nawrotu.

W diagnostyce różniczkowej uwzględnia prelegent możliwość konstytucjonalnej żółtaczki hemolitycznej o bardzo nietypowym obrazie lub splenomegalicznej marskości wątroby przebiegającej z ciężką niedokrwistością hemolityczną. Oglądanie narządów jamy brzusznej podczas splenektomii, wykonanej w celu leczniczym w kilka dni po pokazie potwierdza ostatnie przypuszczenie. (Streszczenie własne).

4. Kol. Długosz *przedstawił:*

a) *przypadek choroby Addisona u 42-letniego mężczyzny z typowym zespołem objawów.*

Przypadek jest interesujący z dwóch względów: 1) z powodu oznaczenia poziomu adrenaliny we krwi i 2) [illegible] względu na dobry wynik leczniczy cysteiną. 1) Adrenalinę we krwi oznaczono sposobem opisanym dokładnie przez Brossa i Kubikowskiego w „Nowinach Lekarskich" 1935. Z. 8. Dotychczas oznaczono poziom adrenaliny we krwi w chorobie Addisona w sześciu przypadkach (opisano w P. G. L.). Wartości dla krwinek w przedstawionym przypadku wynoszą: 1:1.1600, dla surowicy 1:100. 2) U chorego zastosowano zamiast bardzo drogiej kortyny: sól doustnie 10 g dziennie, cysteinę 0,2 początkowo w 10% roztworze soli kuchennej, potem w 5,2% roztworze dwuwęglanu sodu domięśniowo, najpierw codziennie, potem co drugi dzień. Dolegliwości przewodu pokarmowego ustąpiły zupełnie, chory przybrał na wadze 3 kg, samopoczucie lepsze, ciśnienie krwi tętnicze wyższe. Konieczne jest stałe podawanie cysteiny.

b) *przypadek cukromoczu trzcinowego u 27-letniej chorej.*

Od roku dolegliwości typowe dla cukrzycy. Fizykalnie prócz drobnej budowy i bolesności w nadpępczu, żadnych zmian nie stwierdza się. Rentgenologicznie: w zakresie poprzecznicy i jelita zstępującego objawy nieżytu. Ginekologicznie: mała, dziecięca macica (od roku brak miesiączki). Diureza dobowa 500—1500, c. g. do 1040, stale brak glukozy, niestale występuje redukcja odczynnika Heynesa po hydrolizie moczu i skręcalność w prawo do 1.8%, po podaniu cukru trzcinowego do 9.4%, po fermentacji ilości zgodne z polarymetrycznym oznaczaniem.

Białko ani tłuszcz nie wpływają na wydzielanie cukru trzcinowego, zupełne usunięcie cukru trzcinowego i innych zmniejsza, lecz nie usuwa zupełnie sacharozurii. Glukoza doustnie i dożylnie nie wpływa na cukromocz trzcinowy. Występuje on natomiast po lewulozie i galaktozie i w dużej ilości po podaniu cukru trzcinowego. Poziom cukru we krwi na czczo normalny. Po doustnym podaniu lewulozy długie przecukrzenie tak glukozą, jak lewulozą i wyższy nieco niż normalnie poziom lewulozy we krwi. Po doustnym podaniu sacharozy prawidłowe przecukrzenie krwi (glukoza). Po insulinie normalna krzywa cukrowa. Adrenalina wywołuje znaczne i długie przecukrzenie. Dalsze badania w toku. Patogeneza może być następująca: brak inwertazy w przewodzie pokarmowym, schorzenie wątroby, trzustki, przysadki, nadnerczy, jajników. Pewne dane u chorej przemawiają za schorzeniem wątroby, są również objawy niedomogi jajników. Dla innych brak zmian. Leczenie dotychczasowe nie wpłynęło wybitnie na stan chorej. Jedynie samopoczucie nieco lepsze, chora zjada nieco mniej. Waga z małymi wahaniami na jednym poziomie. Stosowano: leczenie dietetyczne, głodówkę, insulinę, preparaty wyciągowe z trzustki w tabletkach, wyciąg wątrobowy, przedni płat przysadki, jajniki, arsen podskórnie, środki ściągające, nagrzewanie diatermią krótkofalową okolicy trzustki. Dotychczas opisał Hoesch przypadek samoistnej okresowej sacharozurii po ostrym zapaleniu trzustki, Rencki i Falkiewicz samoistnej sacharozurii w przebiegu kamicy trzustkowej, Ptaszek i Krasowska pokarmowej sacharozurii. Przedstawiony przypadek jest czwartym tego rzadkiego schorzenia.

W dyskusji: Kol. A. Falkiewicz zaznacza, że po przeglądnięciu dokładniejszym piśmiennictwa dotyczącego sacharozurii wogóle uderza fakt, iż na 5 albo najwyżej 6 przypadków sacharozurii opisanych w piśmiennictwie światowym, przypadek przedstawiony przez Kol. Długosza jest trzecim obserwowanym w ciągu ostatnich lat we Lwowie. Z przytoczonych badań nie można wysnuć jeszcze ostatecznego wniosku co do rodzaju cukromoczu w przedstawionym przypadku. Mogłoby się wydawać, że wydzielanie cukru trzcinowego w moczu jest wogóle częstsze i tylko uchodzi uwadze z tego powodu, że normalnie nie bada się moczu w tym kierunku, jedynie przypadki wydzielania szczególnie wielkich ilości sacharozy, o uderzająco wysokim c. g. moczu, zwracają na siebie uwagę; przeczą temu badania Mozołowskiego, który mając właśnie ten wzgląd na uwa-

dze, przebadał w tym kierunku większą ilość moczów w Pracowni Chemicznej Ubezp. Społ. we Lwowie i w żadnym cukru trzcinowego nie stwierdził. Zwrócić należy wreszcie uwagę na fakt, że w większości przypadków cukromoczu trzcinowego istnieją również zaburzenia w gospodarce cukru lewoskrętnego. Co do mechanizmu wydzielania samoistnego cukru trzcinowego w moczu pewne prawdopodobieństwo zdaje się mieć przypuszczenie Baranowskiego, że cukier trzcinowy wydziela się jako produkt nieprawidłowej przemiany glikogenu; przemawiają za tym pewne spostrzeżenia poczynione na przypadku Renckiego i Falkiewicza.

5. Kol. Olszewski *przedstawia mężczyznę 67-letniego, który od 9 miesięcy skarży się na gwałtowne bóle w okolicy międzyłopatkowej prawej, promieniujące ku przodowi, na znaczną duszność i kaszel.*

Badanie rentgenologiczne wykazało: prawie jednolite zaciemnienie w górnej części pola płucnego prawego z jamą wielkości orzecha włoskiego w części podobojczykowej. W środkowej części pola płucnego prawego przerzut okrągły, wielkości orzecha włoskiego. Zniszczenie tylnej części żebra III, IV i V oraz przyległych trzonów kręgowych po stronie prawej. *W przypadku tym mamy do czynienia ze sprawą nowotworową, obejmującą płuco, opłucną i kości oraz dającą przerzut w płucu.* Ze względu na rozległe zniszczenie kości przy braku płynu w jamie opłucnowej można w tym przypadku przyjąć rzadką postać mięsaka opłucnej. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *Zbigniew Żurowski.*

Odezwa.

W wykonaniu uchwały, przyjętej na Walnym Zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 21 czerwca 1936 r. Zarząd N. I. L. zwraca się do wszystkich lekarzy członków Izb Lekarskich z wezwaniem do dobrowolnego opodatkowania się na cele obrony Państwa w wysokości 10 zł.

Zebrana w ten sposób suma zostanie użyta na ufundowanie przez świat lekarski samolotu wojskowego, jako dar lekarzy na wzmocnienie siły obronnej Rzeczypospolitej.

W związku z powyższym Zarząd N. I. L. prosi o wpłacanie składek na konto Naczelnej Izby Lekarskiej w P. K. O. Nr. 75-51 z zaznaczeniem „Samolot lekarski". Akcja ta powinna być traktowana zupełnie niezależnie od udziału lekarzy w organizowaniu Funduszu Obrony Narodowej, jako obowiązku każdego obywatela Rzeczypospolitej.

Prezes: (—) *Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz.*
Sekretarz: (—) *Dr. Adam Huszcza.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XXIV Posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się dnia 16 października 1936. Porządek dzienny: 1) Kaniak Józef: Przypadek samoistnej, długo utrzymującej się odmy (demonstr.). — 2) Kol. Grüss Bernard: Przypadek agranulocytozy (demonstr. i omówienie przyp.). — 3) Kol. Zeghauser Alfred: Grasica jako gruczoł wkrewny (wykład).

Zmarli.

Dr. Szymon Bernadzikowski zmarł w Brzesku w wieku 80 lat.

Dr. Marian Dehnel zmarł w Warszawie w wieku 56 lat.

Znany angielski chirurg Lord Moynihan zmarł w wieku 70 lat.

Dr. Adam Ordyński zmarł w Warszawie w wieku 61 lat.

Dr. Aleksander Safarewicz, tyt. prof. higieny w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie zmarł w wieku 60 lat.

Dr. Stanisław Serkowski, b. prof. U. J. P. w Warszawie zmarł w 65 roku życia.

Dr. Józef Walicki, znany działacz wśród tamtejszej Polonii zmarł w Nowym Jorku.

Różne.

Z kraju.

Polski preparat, firmy R. Barcikowski z Poznania, p. n. Erbefan został zarejestrowany w Austrii.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 23. VIII. do 19. IX. 1936.

Choroby	Tydzień 35 23—29/VIII	Tydzień 36 30/VIII - 5/IX	Tydzień 37 6 12 IX	Tydzień 38 13—19/IX
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	690 *41*	750 *40*	694 *32*	747 *32*
Dury rzekome	—	—	—	5
Dur plamisty	9	6	11	4
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	740 *72*	669 *73*	408 *47*	342 *46*
Płonica	438 *12*	467 *9*	518 *10*	611 *15*
Błonica	324 *12*	421 *21*	445 *17*	493 9
Nagm. zap. op. mózg.-rdz.	11 *4*	15 *6*	16 *1*	15 *6*
Odra	90 *3*	188 *3*	127 *1*	160 *3*
Krztusiec	359 *20*	163 *10*	171 *12*	228 *20*
Zimnica	5	2 *1*	2	1
Zakażenie połogowe	20 *5*	25 *4*	24 *6*	31 4
Choroba Heine-Medina	11 *1*	9	7	7 *1*
Nagm. zap. mózgu	—	—	—	1
Choroba Banga	—	—	—	1
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	417 *217*	311 *139*	328 *142*	316 *141*
Róża	106 *4*	115 *4*	100 *7*	134 *6*
Jaglica	244	321	277	315
Twardziel	—	1	—	—
Wąglik	*1*	—	1	1
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	—	4	—	—
Wścieklizna	—	—	*3*	*3*

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Z. S. R. R.

W Rosji prowadzone są ostatnio badania nad możliwością przetaczania krwi zwierzęcej (bydła rogatego) ludziom.

Stany Zjedn. A. P.

Liczba mieszkańców wynosiła w r. 1935 127,500.000, z tego 100,000.000 rasy białej i 20,000.000 rasy kolorowej. Tylko 1/3 ludności stanowią „prawdziwi Amerykanie", reszta zaś to Włosi, Irlandczycy, ludy skandynawskie, Niemcy, Słowianie, Żydzi; wśród kolorowych są Japończycy, Chińczycy, Murzyni, Indianie i i.

Niemcy.

W r. 1935 liczyły Niemcy 1,299.000 urodzeń, z tego żywych 1,265.000, martwych 34.000.

Chiny.

W Chinach, zwłaszcza w prowincjach północnych, w zastraszających rozmiarach kwitnie handel i nadużywanie opium. Rzecz ta wzbudza słusznie zaniepokojenie w całym świecie i dlatego mają być uproszone rządy Chin i Japonii o zastosowanie odpowiednich zarządzeń i kar.

Redakcja otrzymała:

A. Couvelaire, A. Lemierre, Ch. Lenormant: Pratique médico-chirurgicale. T. IX. Suppl. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1936. Cena: 165 fr.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.